

THÈSE 29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

DOUCET, Paul, Marie-Léon

Né le 23 Août 1883, à Fumel (Lot-et-Garonne)

Ancien Externe des Hôpitaux

Les États Subfébriles Prolongés de Cause Obscure chez les enfants

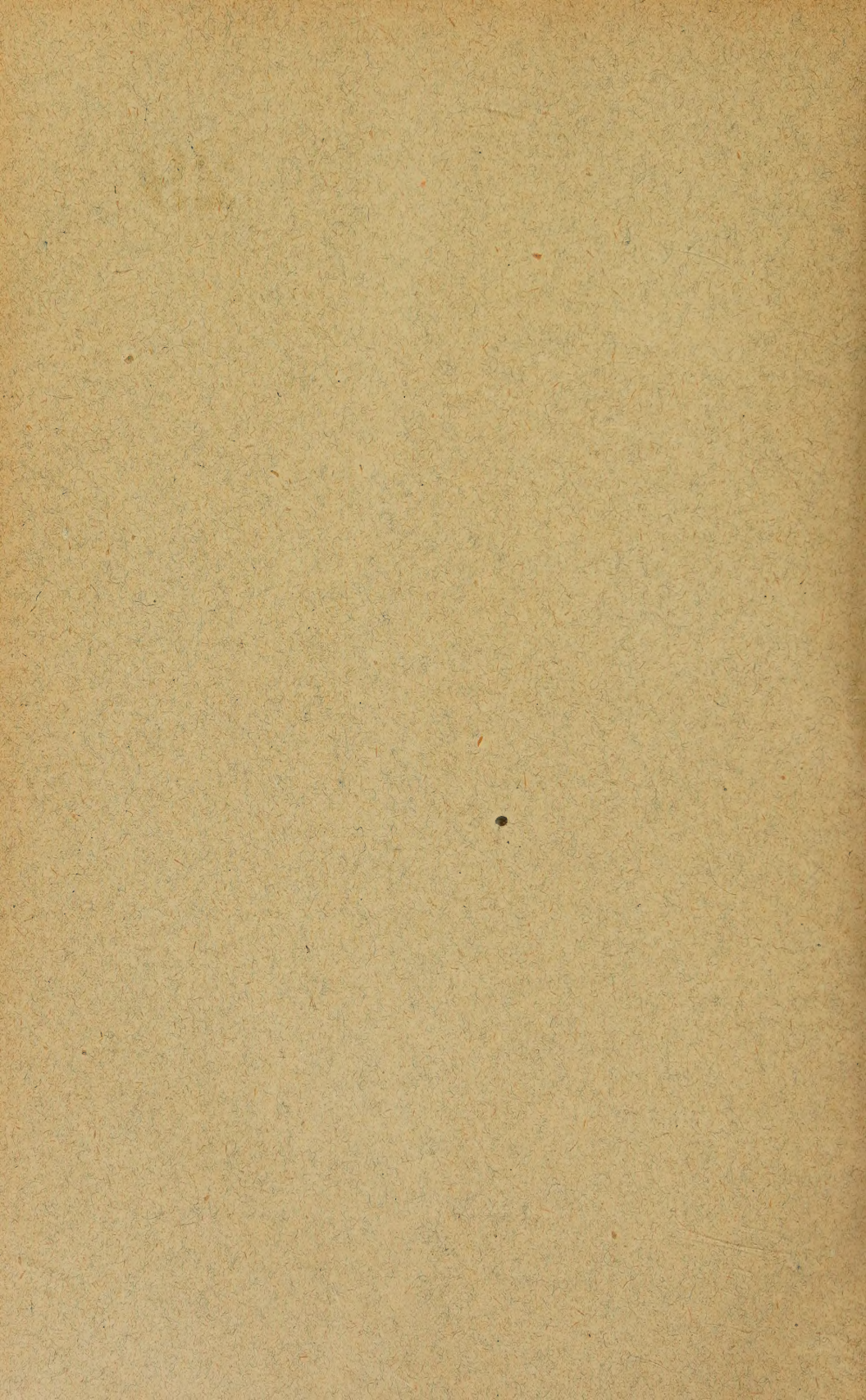
Président : M. LE PROFESSEUR MARFAN

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir Delavigne)

1910



29

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554625_0011

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE PAR
DOUCET, Paul, Marie-Léon

Né le 23 Août 1883, à Fumel (Lot-et-Garonne)

Ancien Externe des Hôpitaux

Les États Subfébriles Prolongés
de Cause Obscure
chez les enfants



Président : M. LE PROFESSEUR MARFAN

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir Delavigne)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY.
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale		HAYEM
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNE
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrévés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	PROUST
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	TINE.	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS GUINON

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat, à l'hôpital Bretonneau, nous avons eu souvent l'occasion d'entendre notre maître, le Dr L. Guinon, nous exposer dans ses cliniques journalières, des faits curieux qu'il avait eu l'occasion d'observer au sujet des anomalies de la température chez les enfants. Il nous citait des expériences faites par lui depuis longtemps déjà qui lui avaient montré chez des enfants tout à fait normaux en apparence, une élévation plus ou moins considérable de la température après l'effort (jeux, promenade). Il avait même remarqué que souvent, en expérimentant parallèlement sur deux sujets, frère et sœur de préférence, l'un tout à fait sain à température basse, l'autre suspect à température s'écartant de la normale, la température du mouvement s'élevait d'avantage chez l'enfant sain que chez l'enfant suspect, peut-être disait-il parce que le premier avait joué avec plus d'entrain. Il nous signalait aussi le cas d'enfants présentant pendant des mois et des

années un état subfébrile persistant et chez lesquels à aucun moment la tuberculose n'avait pu être soupçonnée. Quelle était la pathogénie de ces phénomènes ? elle était vraisemblablement complexe, et M. Guinon pensait que l'entéro-colite chronique, les infections chroniques du rhino-pharynx jointes à une susceptibilité nerveuse particulière de ces enfants, étaient capables de devenir dans certains cas la cause d'une élévation prolongée de la température.

Ces faits nous avaient vivement intéressé, et le moment venu, nous nous en sommes souvenu et nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons donc demandé à M. Guinon les documents qu'il aurait pu nous communiquer sur ce sujet.

Avec la plus grande obligeance, il a bien voulu mettre à notre disposition et sa grande expérience et d'assez nombreuses observations recueillies par lui dans sa clientèle privée.

Ces observations, nous les avons longuement étudiées une à une ; nous les avons rapprochées les unes des autres et à l'occasion des idées qu'elles nous suggéraient nous avons fait des recherches dans la littérature médicale.

Nous sommes ainsi arrivés à nous convaincre que le rôle de la tuberculose dans la production des états fébriles prolongés n'était point aussi considérable que nous aurions été tenté de le croire à priori. Nous avons vu que bon nombre de ces cas pouvaient être en toute certitude imputés à une entérite ou à une adénoïdite chroniques, et que d'autres plus délicats, pour lesquels la

conclusion reste hésitante, paraissaient en tous cas n'avoir rien à voir avec la tuberculose.

Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs les objections que l'on peut faire à notre travail.

Un procédé important d'investigation, la réaction à la tuberculine, n'a pas été mis en œuvre.

Il ne l'a pas été parce qu'il était bien difficile qu'il le fût. Cette méthode donne une réponse brutale qui cause un effroi insurmontable dans le milieu où nos observations ont été prises ; par suite il était malaisé de l'imposer.

D'autre part la clientèle hospitalière sur laquelle de pareilles recherches sont plus facilement utilisables ne fournit point de cas analogues à ceux sur lesquels nous voulons attirer l'attention.

En lisant nos observations, on verra que nos enfants étaient en somme peu souffrants, insuffisamment en tout cas pour qu'une admission à l'hôpital eût pu être justifiée. Plusieurs paraissaient dans un état de santé parfaite au point que la fièvre, ou mieux l'état subfébrile, car il n'y a point fièvre au sens propre du mot, eût pu passer inaperçue.

Il fallait donc se résoudre ou bien à se passer de la cuti-réaction ou bien à renoncer à notre sujet.

Nous avons pensé que, la nécessité le commandant, on pouvait se passer de la cuti-réaction.

La découverte de cette méthode ne peut pas avoir eu pour résultat de rendre suspectes les conclusions tirées de la seule exploration clinique. Et lorsqu'une auscul-

tation attentive, pratiquée par une oreille experte, poursuivie pendant une période qui va chez certains de nos enfants jusqu'à 8, 10 et 12 années, n'a donnée à aucun moment de signes de tuberculose, peut-on continuer à soupçonner cette affection? Et n'oublions pas qu'il s'agirait d'une tuberculose fébrile, c'est à dire en évolution.

D'ailleurs, à supposer que la cuti-réaction fut un témoin d'une fidélité toujours irréprochable, on peut lui reprocher l'imprécision relative des renseignements qu'elle fournit. Une cuti-réaction positive indique qu'il y a dans l'organisme un foyer de tuberculose mais elle n'en précise ni l'importance, ni la localisation. Elle n'implique pas que le sujet en expérience soit ce qu'on appelle un tuberculeux, ni que tous les accidents contemporains de cette recherche soient de nature tuberculeuse.

Enfin, il y a dans la clinique des cas complexes, des associations morbides. Un enfant peut être à la fois tuberculeux, dyspeptique et adénoïdien. Nous développerons plus loin un cas de ce genre, où la tuberculose est manifeste, où la cuti-réaction eût donné une réponse positive et où cependant la tuberculose est tout à fait insuffisante à rendre compte à elle seule de la marche de la température.

Nous pensons donc que l'absence de la cuti-réaction dans nos observations ne suffit pas à frapper de nullité les conclusions auxquelles nous avons abouti.

D'ailleurs nous n'avons pas la prétention de présenter sur un sujet aussi complexe, un travail définitif ni des conclusions indiscutables. Dans bien des cas nous

n'avons pu percer l'obscurité qui couvre certains points de la question.

Cependant telles qu'elles sont nos observations nous ont paru susceptibles de servir de base à des constatations intéressantes, à des hypothèses vraisemblables.

Ce sont ces constatations et ces hypothèses que nous voulons présenter dans ce travail.

ETUDE CLINIQUE

L'obscurité qui fait le caractère spécial de ces états fébriles peut se trouver réalisée de deux façons :

Ou bien parce que la fièvre apparaît au cours d'une affection qui classiquement n'en comporte point,

Ou bien parce que, découverte fortuite en l'absence de toute localisation morbide capable de l'expliquer, la fièvre se présente comme un symptôme solitaire constituant apparemment à lui seul toute la maladie.

Nous possédons des observations de ces deux espèces, celles du premier groupe beaucoup plus nombreuses.

L'entérite chronique avec auto-intoxication, les infections chroniques des amygdales et du tissu adénoïde du rhino-pharynx, la tuberculose, parfois plusieurs de

ces affections réunies, nous sont apparues comme les causes pouvant être le plus souvent invoquées dans les cas du premier groupe.

Ceux du second, par définition même, sont d'une interprétation fort délicate. De ces derniers, les uns nous ont laissé dans la même incertitude que nos devanciers, les autres nous ont paru en partie explicables par l'existence à l'origine de l'état fébrile d'une infection importante (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde), c'est pourquoi nous leur avons donné le nom de *fièvres post-infectieuses* qui forme le titre d'un de nos chapitres.

Nous allons étudier successivement chacune de ces éventualités.

Fièvres d'origine digestive.

La fièvre au cours des affections gastro-intestinales chroniques est loin d'être un fait inconnu en France, bien que les ouvrages classiques soient presque unanimement silencieux à son sujet. On ne trouve en effet dans le plus récent des traités de ce genre consacrés à la pathologie infantile, que cette courte mention à l'article *Colite muco-membraneuse* : « En dehors des « poussées aiguës, il n'y a pas de fièvre. Cependant et « de préférence après les repas, on peut noter de petites ascensions thermiques, cette fièvre est peut-être « due à l'exagération des phénomènes inflammatoires « intestinaux au moment du travail digestif. »

La moisson est plus importante si l'on porte ses recherches vers les publications périodiques. Dès 1889,

Charrin, dans le *Journal de Chimie*, signalait des accès intermittents survenant quelques heures après les repas et qu'il rattachait à l'action propre des sécrétions digestives. De même Grasset signalait en 1896 un état fébrile particulier avec atonie et encrassement des voies digestives, pouvant durer plusieurs jours et se développant sous l'influence d'une alimentation forcée ou défectueuse.

Mais, c'est Comby qui, en France, s'est le plus intéressé à la question et à diverses reprises, tant dans ses ouvrages que dans des articles de revues, il a donné avec observations à l'appui une description claire de ce qu'il appelle « Fièvre de digestion », dont nous ne manquerons pas chemin faisant de nous en inspirer.

Parmi les publications étrangères, il faut citer les articles de Combe, de Lausanne, qui a observé la fièvre par auto-intoxication aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, de E. Smith sur les fièvres alimentaires chez l'enfant, de Davy qui rattache certains de ces cas de fièvre à une indigestion de certaines substances hydrocarbonées, de F. Hare qui incrimine la cholémie, de J.-L. Morse, de Boston, enfin au travail duquel nous aurons l'occasion de faire quelques emprunts.

Les observations suivantes donneront une bonne idée des faits que nous avons en vue.

Observation I (inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Cécile ..., jusqu'à l'âge de 2 ans a été nourrie exclusivement au lait qu'elle prenait cependant à contre-cœur.

A maintes reprises elle eut de la diarrhée, verte avec des grains jaunes, très odorante, accompagnée de fièvre et d'amaigrissement, et des éruptions qui se font de plus en plus fréquentes.

On essaye successivement et sans succès de mettre l'enfant au lait stérilisé, au sein, puis à la céréalose et au lait.

Mais l'état ne s'améliore pas, les éruptions redoublent l'enfant maigrit, et le 17 octobre 1902 (l'enfant a alors 2 ans et 9 mois) on la conduit chez le Dr Guinon.

A ce moment, l'enfant est très amaigrie, le teint jaune, le corps couvert de papules d'urticaire excoriées.

Elle est très nerveuse, irritable, ne veut plus manger, a des nausées au moindre aliment surtout s'il contient des particules solides. Une heure après le repas l'enfant baille, paraît profondément fatiguée, les yeux excavés, cernés, le pourtour de la bouche bleu. Elle dort mal, se réveille souvent pendant 2 ou 3 heures et alors cause, ou joue, ou pleure. Elle urine une ou plusieurs fois pendant la nuit.

On ne tarde pas à découvrir la fièvre. La température est très irrégulière monte le plus souvent à 38 ou au-dessus le soir et ne redescend pas toujours le matin à l'apexie.

En résumé : Entérite chronique avec symptômes d'intoxication intenses accompagnés de fièvre quotidienne.

On supprime complètement le lait, on donne des désinfectants. L'état s'améliore, l'éruption tend à disparaître, le som-

meil est plus calme, le poids se relève un peu, l'enfant semble mieux digérer et la température tend à s'abaisser.

Comme l'enfant est très anémiée, on essaie la viande crue qui paraît d'abord assez bien supportée ; en effet du 7 au 12 décembre la température ne dépasse pas 37° 5 le soir.

Mais le 12 décembre la température reprend : 37° 8 le soir, le 19 et les jours suivants elle monte à 39°.

On pense que la viande crue est la cause de cette recrudescence et on en réduit la dose quotidienne bien que peut-être la façon défectueuse dont le régime est suivi par cette enfant capricieuse puisse aussi bien être incriminée.

La fièvre persiste encore quelque temps entre 38 et 39, mais le 28 décembre elle regagne la normale.

A ce moment l'état s'est manifestement amélioré, et bien que l'enfant garde une tendance à la constipation qui nécessite des lavages quotidiens, les phénomènes d'intoxication ont beaucoup diminués, les éruptions ont complètement disparu, le sommeil est bon et l'enfant engraisse.

Quant à la température, elle ne dépasse plus que rarement la normale, et du 29 décembre au 29 janvier on n'enregistre plus que 3 fois 37° 6' et 2 fois 37° 8', (une ascension à 39 est imputable à une fluxion dentaire). Elle a donc suivie une décroissance parallèle à celle des troubles d'auto-intoxication digestive.

Voici une seconde enfant dont l'histoire est un peu analogue.

Observation II (Inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Louise, né le 23 septembre 1901. (Poids à la naissance : 3 k. 800.)

Bien qu'élevée au sein par sa mère, elle a eu à diverses reprises des troubles digestifs (diarrhée) depuis sa naissance.

Au début de l'observation en avril 1903, l'enfant ayant alors 16 mois, on note des selles liquides, fétides, du ballonnement du ventre et une chute du poids. Bientôt on découvre la fièvre ; température irrégulière, dépassant le plus souvent $37^{\circ} 5'$ le soir.

Après quelques alternatives d'amélioration sous l'influence du régime et de la désinfection, bientôt suivies de rechute, on est amené à supprimer complètement de l'alimentation le lait sous toutes ses formes car il semble favoriser la putréfaction intestinale et la fièvre.

Cette suppression semble avoir un heureux résultat car du 12 au 17 juin on n'observe pas de fièvre. Le 17, le 18, le 19 on essaie de donner du lait bouilli : chaque fois la température remonte aux environs de 38° .

Sur ces entrefaites, l'enfant part à St-Jean de Luz où elle va séjourner de Juillet à Octobre.

La fièvre, loin de diminuer sous l'influence du changement de climat paraît au contraire s'élever d'abord et chaque soir la température oscille entre $37^{\circ} 6'$ et 38° . Les selles sont tantôt assez bonnes, tantôt mauvaises, glaireuses, fétides. L'alimentation étant rendue très difficile par suite de l'intolérance pour le lait, le poids ne s'élève que lentement et très irrégulièrement.

Jusque là on n'avait donné le lait que bouilli. Le 8 août, au milieu d'une poussée de diarrhée avec fièvre ($37^{\circ} 6'$ 38° $38^{\circ} 1'$) on a l'idée d'essayer le lait de vache cru.

Celui-ci est bien supporté, les selles s'améliorent, le 10 au soir la température regagne 37° , remonte à $37^{\circ} 7'$ le 13 au matin puis retombe définitivement pour osciller désormais entre $36^{\circ} 7'$ et $37^{\circ} 4'$. Trois fois seulement du 13 août au 26 septembre elle a dépassé $37^{\circ} 5'$ le soir, malgré l'augmentation progressive de la quantité de lait jusqu'à un litre par jour. Parallèlement le poids augmente et dans le même laps de temps l'enfant gagne 1 kilog.

Enfin en décembre l'enfant est en excellent état, dort, digère bien, la langue est bonne, le ventre non ballonné, pas de fièvre.

Depuis le 15 mai l'enfant a repris 4 kilog 1/2. Elle supporte 700 gr. de lait, 3 œufs, des bouillies de farine variées, des purées et des biscuits.

Elle est devenue depuis une très belle enfant tout à fait normale.

Ces deux observations sont très comparables l'une à l'autre. Les deux enfants dont nous venons de rapporter l'histoire ont eu des troubles digestifs plus ou moins graves au cours de la première enfance; ces troubles n'ont fait que s'accroître au cours de la seconde et la fièvre, irrégulière et sans tendance à l'abaissement spontané, s'est installée chez l'une à 19 mois, chez l'autre à 2 ans et 9 mois. Aucune raison d'ailleurs pour suspecter dans l'un ou l'autre cas la tuberculose. Chez toutes deux, la température a suivi une marche parallèle à celle de l'entérite, elle s'est abaissée jusqu'à disparaître presque complètement lorsque l'entérite s'est elle-même suffisamment améliorée.

La lecture de ces deux observations nous paraît très instructive, car elles contiennent en raccourci toute l'histoire de ces fièvres par intoxication digestive.

Il s'agit, en effet, habituellement d'enfants ayant dépassé le premier âge et qui ont déjà une histoire digestive plus ou moins chargée.

C'est au moment du sevrage ou quelque temps après qu'éclatent les accidents : et ceux-ci sont de trois ordres, constitués par les troubles de l'appareil digestif, les troubles de l'état général, enfin la fièvre, qui donne la physionomie spéciale au syndrome.

Dans les cas typiques, comme les deux exemples que nous venons d'exposer, l'intensité des troubles digestifs ne permet pas une longue hésitation au sujet de la cause des accidents. Comby a donné de ces cas une description qui mérite d'être reproduite : » Un enfant, dit-
« il, sans être atteint d'une maladie bien définie, est
« mal portant, pâle, sans appétit, présente tous les soirs
« un accès de fièvre. Il vient de se coucher, il a de la
« peine à s'endormir, est agité, ses pommettes rougis-
« sent, son corps moite est couvert de sueurs, sa peau
« chaude. Nuit mauvaise et traversée de cauchemars.
« Pendant les accès la fièvre monte à 38°5, rarement
« 39 ou 40. Entre les accès l'enfant reste pâle, languis-
« sant, digère mal, a de la constipation plutôt que de la
« diarrhée, de l'anorexie plutôt que de la boulimie, une
« une soif vive, quelques selles fétides, langue sabur-
« rale, céphalée de temps à autre. »

Qu'on se reporte à l'histoire de la petite Cecile
(Obs. I) et l'on constatera combien exactement peuvent
se superposer description et observation.

Mais tous les cas ne sont pas aussi caractéristiques
que ceux-là, et il faut être prêt dans la pratique à dé-
couvrir l'auto-intoxication digestive sous un masque
moins significatif.

Dans son livre sur l'auto-intoxication intestinale,
Combe déclare catégoriquement : « Nous pouvons affir-
mer qu'il n'y a aucune relation entre le degré de putré-
faction des selles et le degré de l'auto-intoxication ».

Il n'est pas exceptionnel, en effet, et tous les auteurs

qui se sont occupés de la question ont insisté sur ce point, que les troubles digestifs aient une importance extrêmement réduite dans l'ensemble du tableau clinique et que des selles presque normales en apparence s'accompagnent quand même d'auto-intoxication, grâce à l'insuffisance des organes antitoxiques.

Dans ces cas, un appétit capricieux, une constipation relative, quoique l'intestin s'évacue régulièrement, une diarrhée occasionnelle, un léger état saburral de la langue, un peu de ballonnement et de sensibilité du ventre, sont les seuls symptômes perceptibles. On conçoit toutes les difficultés que peut soulever une semblable réduction de symptômes.

L'observation suivante donnera un bon exemple de ces cas épineux.

Observation III (*inédite*)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Georgette ..., née le 22 janvier 1903. Le père est nerveux, la mère peu vigoureuse et névropathe.

[L'enfant a été élevée au sein par une bonne nourrice, et sans incident. Cependant, elle engraisse peu : à douze mois elle pèse 7 k.905 et n'a que quatre dents. Aucun symptômes de rachitisme.

On voit l'enfant le 24 décembre 1903; on prescrit alors le régime suivant : 5 tétées par jour plus une bouillie et un potage. Quinze jours après elle a repris 285 grammes, elle est gaie et dort bien.

Mais le 16 janvier 1904 éclate une violente crise fébrile (38° le

17, 40°1 le 17) sans autre symptôme apparent au début que des selles liquides verdâtres. La diète hydrique ne produit pas l'amélioration escomptée, la fièvre persiste avec des rémissions minimes malgré bains et enveloppements. Au 4^e jour, l'enfant présente de l'agitation, des cris, du machonnement, ensemble qui fait redouter la méningite sans qu'on trouve d'ailleurs ni raideur ni Kernig. L'examen du sang est négatif.

Enfin au bout de 9 jours, la fièvre tombe et l'enfant paraît complètement guérie.

Mais dès lors et pendant au moins six mois, ces crises vont se reproduire.

Leur retour est assez régulièrement périodique avec toutefois une tendance à l'espacement dans les derniers temps. Les intervalles entre deux crises sont successivement de 12 jours, 11 j. 11 j. puis 20 j. et 25 jours.

De même la durée de chaque crise est d'abord assez prolongée : 9 j. 5 j. 6 j. 9 j. puis se réduit à 2 jours, et 1 jour.

Chaque fois la température s'élève jusqu'aux environs de 40° ou au-dessus, une ou plusieurs fois.

Cependant l'examen reste toujours négatif aussi bien au cours de la crise que dans l'intervalle. Une fois il y a eu quelques vomissements mais ce symptôme reste isolé ; les selles paraissent bonnes ; l'appétit assez bien conservé d'abord diminue vers le mois de mars. L'enfant a d'ailleurs assez bonne mine, si ce n'est des chairs un peu molles.

Au cours du dernier semestre 1904 et des années 1905, 1906, 1907, donc pendant plus de 3 ans l'observation ne mentionne plus de fièvre. L'enfant se porte bien, engraisse assez régulièrement mange et digère généralement bien.

Toutefois, de temps à autre on observe quelques incidents qui témoignent de la fragilité des fonctions digestives : Tendance à la constipation, quelques crises de vomissements, un

peu de décoloration des matières, de ballonnement du ventre, une poussée d'urticaire en 1907.

En mars 1908, l'enfant a la scarlatine, compliquée d'otite en avril. Angine et otite guérissent rapidement et sans séquelles. Mais, malgré l'absence de toute complication apparente, la fièvre persiste, irrégulière cette fois, montant entre 37.5 et 38.2 le soir, et se maintient jusqu'au mois d'août au moins, époque à laquelle on cesse de prendre la température.

Comment interpréter ces faits ?

Tout d'abord remarquons que chez cette enfant rien n'autorise à suspecter une affection comme la tuberculose ou le paludisme, dont il n'existe ni symptômes actuels ni antécédents et qui aurait évolué pendant les 4 ans que dure l'observation.

Mais d'autre part, quelque satisfaisantes qu'aient parues les fonctions digestives dans leur ensemble, la réalité des troubles de ce côté ne peut faire de doute si l'on se reporte aux divers incidents que nous avons soulignés chemin faisant ; n'est-ce pas d'ailleurs une crise de diarrhée qui ouvre la scène en 1904 ?

Enfin notre malade est une nerveuse, par héritage paternel et maternel d'abord ; et chez elle-même on a constaté en 1905 et particulièrement en septembre, au cours d'une période troublée, de dépression, d'insomnie, d'arrêt de développement, de décoloration des matières, un tic des membres inférieurs caractérisé par « un frottement vif comme convulsif, accompagné de rougeur de la face et se manifestant quand l'enfant est au lit ».

Dès lors, on peut penser que le changement de régime à l'époque du sevrage a été mal supporté, malgré les apparences, par cette enfant insuffisamment développée pour son âge et chez laquelle la décoloration intermittente des matières trahit l'insuffisance au moins relative du filtre hépatique. Il en est résulté une élaboration et une diffusion de produits toxiques dont l'action sur les centres nerveux s'est traduite non seulement par la fièvre, mais encore par les symptômes pseudo-méningitiques observés au cours de la première crise.

Puis une adaptation s'est peu à peu produite, progressivement les crises de fièvre sont devenues plus rares et plus courtes et moins élevées. La fièvre a disparu, mais les organes restent débiles, l'équilibre est précaire, et il suffit qu'une maladie intercurrente grave, comme la scarlatine, vienne ébranler cet organisme fragile pour que les accidents reparassent.

Il résulte de tout ceci que pour interpréter ces fièvres de cause obscure, l'état des fèces est un renseignement souvent trompeur pour l'appréciation de l'intoxication intestinale; et qu'en tout cas, leur examen pour être valable doit être suffisamment prolongé et minutieux; enfin qu'il faut tenir grand compte en même temps de l'état fonctionnel des organes antitoxiques, en particulier du foie, et aussi de la sensibilité particulière des centres nerveux.

Les troubles et l'état général ne sont pas moins variables, et ceci n'est pas pour nous étonner puisqu'il sont la résultante d'une intoxication dont les effets doi-

vent être évidemment proportionnels à la quantité de produits toxiques élaborés par la putréfaction intestinale et non détruits par le foie. Les troubles les plus fréquemment observés consistent en céphalée, lassitude, insomnie, mollesse des tissus, éruptions cutanées diverses (urticaire). Dans les cas frustes il faut tenir grand compte d'un symptôme qui nous a paru constant et qui est tiré de l'étude de la courbe d'accroissement pondéral chez ces enfants.

Celle-ci présente en effet un tracé des plus tourmenté, brisée qu'elle est par d'incessantes alternatives d'ascension et de chute. En définitive, ces enfants restent ordinairement en dessous du poids correspondant à leur âge mais il n'en est pas toujours ainsi : l'un des enfants observés par Guinon (Obs. VII), pesait 16 kilogs à 4 ans, à 5 ans elle en pesait 18, soit une augmentation plus que normale dans son ensemble ; mais si l'on analyse le détail de la courbe qui dessine cet accroissement on voit que dans toute cette année deux mois seulement ont été marqués par une augmentation régulière (l'enfant traversait chaque fois une période d'apyrexie) ; pendant tout le reste de l'année, la ligne se trouvait brisée tous les huit jours environ par une chute brusque à laquelle faisait suite une ascension trop rapide.

Chez tous les enfants pour lesquels le diagnostic de fièvre par auto-intoxication digestive a été porté nous avons retrouvé cette irrégularité de l'accroissement pondéral.

Il s'agit donc là d'un bon signe et qui ne se retrouve pas avec cette netteté dans la tuberculose.

Quant à la fièvre, son type le plus caractéristique est le type intermittent avec accès survenant quelques heures après les repas. Habituellement elle reste peu élevée, oscillant le soir entre 37,5 et 38,5 ; le matin, se maintenant aux environs de la normale. Mais ce type existe rarement à l'étude de pureté, et il n'est pas rare, pourvu que la courbe thermique soit suivie suffisamment longtemps, d'observer de temps à autre de hauts sommets à 39°5 ou 40° pouvant se prolonger plusieurs jours sans rémission notable, et ses périodes plus ou moins longues d'apyrexie.

Il n'est pas rare non plus d'observer soit d'une façon irrégulière [observ. V, VIII] soit d'une façon constante [observ. VI] une température fébrile plus ou moins élevée le matin avec rémission complète ou incomplète le soir. Ce caractère de la courbe paraît dû à la persistance matinale d'un accès fébrile nocturne.

En somme, rien de régulier dans la marche de la température, et cette irrégularité est peut-être son caractère le plus certain. La fièvre s'élève lorsque l'intoxication prend une plus grande intensité et l'ascension thermique marche de pair généralement avec une chute de la courbe pondérale.

Nous savons déjà que la valeur de l'intoxication ne saurait être mesurée par l'état quotidien meilleur ou pire en selles, ce qui nous explique le manque de parallélisme habituel qui existe entre l'état des selles et le

degré de la température. Par contre chez certains enfants il existe un rapport assez net entre la marche de la fièvre et le mode d'alimentation. Dans l'une de nos observations [observ. II], la température s'élevait chaque fois que l'enfant prenait du lait bouilli. Dans une autre [observ. V], c'est à la suite d'ingestion de viande que se produisait l'ascension. Il est évident que lorsque cette éventualité se produit, le médecin est en possession d'une indication précieuse qui le guidera pour imposer à l'enfant un régime capable d'améliorer son état.

Enfin la fièvre n'est point influencée par les antithermiques, elle résiste en particulier à la quinine et ce caractère prendra parfois de l'importance pour écarter quelque suspicion de paludisme.

En résumé : une fièvre irrégulière, peu élevée dans son ensemble et tenace ; des troubles de la nutrition générale dont le plus constant est l'irrégularité de l'accroissement pondéral de l'enfant ; des troubles dyspeptiques plus ou moins marqués, tels sont les éléments essentiels du syndrome qui nous occupe.

L'entérite chronique est une affection très répandue à tous les âges de la vie. Le médecin a fréquemment l'occasion de l'observer, mais il n'a pas l'habitude de constater la fièvre au cours de son évolution. Chez l'adulte, celle-ci n'existe pour ainsi dire jamais, bien que Combe signale sa possibilité, et chez l'enfant l'apyrexie est encore la règle même avec des troubles dyspepti-

ques et toxiques très accentués. La même affection est donc apyrétique chez la majorité, tandis que chez un petit nombre elle détermine de la fièvre. Pourquoi ?

La question de terrain joue évidemment un rôle considérable dans la pathogénie de ces troubles. C'est une notion banale que le système nerveux de l'enfant réagit avec une sensibilité particulière à la moindre impression extérieure : un accès convulsif, une brusque hyperthermie, parfois un syndrome pseudo-méningitique sont souvent réalisés chez lui par un trouble léger et éphémère de l'organisme. L'instabilité de la température est comparable à la mobilité de son humeur.

D'ailleurs ce système nerveux hyperexcitable est réellement sujet à être soumis à des chocs plus violents que celui de l'adulte. Le tube digestif de l'enfant est mal adapté à supporter les écarts du régime ; son organisme ne possède que des moyens de défense rudimentaire ; ses organes antitoxiques : l'épithélium intestinal (Charrin 1887), le foie surtout et aussi les glandes thyroïde, surrénales, hypophyse n'ont pas chez lui la valeur qu'elles acquerront chez l'adulte.

Si l'on joint à cela que cette fièvre par auto-intoxication digestive s'observe de préférence chez les enfants ayant une tare quelconque : arthritisme, névropathie, débilitation par une hygiène générale défectueuse, par la chaleur atmosphérique pendant la saison chaude, on comprendra qu'un phénomène réactionnel tel que la fièvre puisse faire son apparition.

Et l'on comprend bien également que ces fièvres de-

longue durée et peu élevées soient l'apanage de la seconde enfance. Chez le très jeune enfant, les moyens de défense sont encore plus rudimentaires, le système nerveux plus sensible, la réaction est excessive et l'on a des accidents aigus : fièvre élevée ou algidité, qui se jugent rapidement dans un sens bon ou fâcheux. Pour qu'il y ait fièvre prolongée il est nécessaire que les moyens de défense aient subi un commencement d'acclimatation, soient capables d'un effet prolongé.

Dans la plupart des cas, les troubles de la digestion qui sont à l'origine de la fièvre, reconnaissent comme cause une erreur d'alimentation qui a sa source dans l'incompétence de la mère : ce sont des enfants qui ont une nourriture trop abondante ou mal proportionnée eu égard à leur âge. Ces faits sont d'ordre banal, ils rentrent dans l'étiologie générale des dyspepsies. Mais dans d'autres cas, il semble qu'il se développe chez l'enfant une susceptibilité spéciale vis à vis de tel ou tel groupe d'aliments, en sorte que cet aliment se comporte comme un poison dont l'ingestion est capable de produire des troubles toxiques variés et en particulier de la fièvre.

Une pareille intolérance n'est point pour nous surprendre outre mesure lorsqu'elle s'adresse aux albuminoïdes. On sait en effet combien les substances de cette classe sont en général mal supportées par les intestins affaiblis ; et de plus, la chimie biologique se charge de nous donner la clef de ces phénomènes en nous montrant la molécule albuminoïde, sous l'influence de la

putréfaction intestinale donne naissance à des substances douées d'un pouvoir toxique plus ou moins considérable : acides gras, substances aromatiques.

L'intolérance vis-à-vis des hydrates de carbone et des graisses s'observe plus rarement. Cependant Davy et Smith ont décrit des cas d'élévation subite de la température persistant plus ou moins longtemps, qu'ils attribuent à l'indigestion d'hydrates de carbone insuffisamment cuits. Davy rapporte à ce sujet l'observation de son propre enfant. D'ailleurs Schaps de Berlin, en des expériences concluantes, a démontré que chez l'enfant le sucre peut se comporter comme un poison pyrétogène.

Enfin chez quelques malades atteints de ces fièvres on observe des crises de vomissements bilieux, accompagnés d'odeur acétonique de l'haleine et d'aétonurie, avec quelquefois un subictère léger et un peu de décoloration des matières. Or, on sait que l'acétonémie résulte de la destruction spéciale des graisses. Ceci a amené quelques auteurs à penser qu'il s'agissait là d'un phénomène général de dénutrition en rapport avec l'hystérie, l'arthritisme [Combe]. Il nous semble plus logique d'attribuer avec Combe ces vomissements avec acétonémie à un trouble local dont le siège serait l'intestin grêle, foyer de la digestion des graisses et confluent des sécrétions pancréatique et biliaire.

Toutes les catégories chimiques d'aliments peuvent donc devenir au moins temporairement une cause d'in-

toxication et de fièvre. Et ceci nous explique que l'aliment par excellence de l'enfant, le lait, même de bonne qualité, puisse dans certains cas devenir une source de désordres digestifs et thermiques. Ces cas ne sont pas rares. Dans nos observations I et II les enfants manifestaient une intolérance complète pour le lait. Morse rapporte une observation tout à fait typique :

Observation IV

J. L. MORSE. — Boston médic. and surg. journal 1908

Fillette de 8 mois. Avait eu depuis 3 mois des petites attaques d'indigestion gastro-intestinale à répétition. Depuis on lui donnait du lait, du bouillon et de la décoction d'orge. La température, pendant les deux dernières semaines oscille entre 37°2 et 37°8. Examen physique négatif. Diarrhée, caractère irritable, mine fatiguée.

On supprime le lait et l'on donne : céréale, jus de viande et bouillon.

Amélioration immédiate, l'appétit revient, l'irritabilité disparaît, la diarrhée cesse et la température tombe.

Une semaine après, on ajoute une once de lait.

Douze heures après, la température et les accidents reparaisent et persistent tant qu'on continue le lait, soit une semaine.

On supprime de nouveau le lait : nouvelle amélioration.

Bien mieux nous avons vu qu'un de nos enfants (obs. II) eut de la fièvre tant qu'on lui donna du lait cuit soit

en nature soit mélangé à d'autres aliments (Puddings...)

Peut-être cette constatation pourrait-elle être invoquée en faveur de la théorie qui attribue au lait, la possession de ferments utiles à sa propre digestion. On comprendrait alors que ces ferments étant détruits par la chaleur, le lait ait été moins bien supporté et soit devenu une cause d'intoxication.

Quelque soit d'ailleurs, l'aliment en butte à l'intolérance, on est frappé du fait que celle-ci débute rarement avec la vie. C'est brusquement, à partir de telle date déterminée, que tel aliment qui était bien supporté auparavant devient un poison pour l'organisme.

On peut voir là un phénomène d'anaphylaxie comparable à ceux que l'on observe dans le domaine de la sérothérapie. L'analogie des accidents dans les deux cas (fièvre, éruption) rend au moins vraisemblable l'analogie du mécanisme.

En résumé, la fièvre au cours des dyspepsies intestinales chroniques de l'enfance ne paraît pas dans tous les cas résulter d'une intoxication univoque. Et l'on peut en conclure que les accidents relèvent soit d'une alimentation trop riche, ou mal réglée; ou de qualité défectueuse, soit d'une véritable idiosyncrasie tout au moins temporaire ou anaphylaxie développée chez l'enfant vis à vis de tel aliment déterminé.

Mais en définitive quel est le mécanisme intime de la fièvre dans ces cas ?

S'agit-il, ainsi que nous l'avons supposé pour la commodité de la description d'une véritable auto-intoxica-

tion à point de départ digestif qui troublerait le centre thermo-régulateur ?

Ou bien, ainsi que le pense Bouchard, la fièvre résulte-t-elle de l'effort digestif qui exige des synergies considérables comme les sécrétions salivaire, hépatique, pancréatique, intestinale ?

Pour répondre d'une façon définitive à cette question, il faudrait s'appuyer sur de très nombreuses observations et sur des recherches de pathologie expérimentale auxquelles nous n'avons pu nous livrer. Mais à la lumière des faits cliniques, on peut penser que les deux explications proposées peuvent trouver leur application.

Dans les cas où les troubles digestifs sont intenses (obs. I) le travail excessif d'une digestion laborieuse paraît en effet capable de déterminer une véritable fièvre de surmenage.

Mais dans les cas à phénomènes digestifs peu accentués, presque normaux (obs. III) l'explication précédente est plus difficile à admettre, et la théorie de l'action des produits toxiques sur le centre thermique paraît plus vraisemblable.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE D'ORIGINE DIGESTIVE

Observation V (Inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Hélène. née le 2 mars 1901.

Elevée au sein par plusieurs nourrices successives, sans accidents. Se développe bien pendant les deux premières années.

Mais en 1903, pendant l'été, le développement s'arrête, l'enfant maigrit, pâlit, les selles sont constamment mauvaises, et le 20 septembre, à l'occasion d'une crise de diarrhée, on la fait examiner par le Dr Guinon.

A ce moment l'enfant est pâle, molle, les yeux excavés, la peau est granuleuse et un peu pigmentée sur le ventre, elle présente sur la face des boutons d'urticaire ulcérés. Le ventre est un peu ballonné. Il y a constipation habituelle, selles glaireuses, mal liées, de temps en temps diarrhée. Enfin il y a de la fièvre presque tous les jours, très irrégulière, tantôt le matin avec rémission vespérale, tantôt le soir, tantôt les deux. Il y a les oscillations parfois considérables de la température et les différences de un degré et plus entre le chiffre du matin et celui

du soir ne sont pas rares. Pas de rapport bien net entre l'état des selles et le degré de la fièvre. Enfin le poids subit des oscillations continuelles.

Le régime, la désinfection, l'évacuation régulière de l'intestin, puis le massage abdominal améliorent à diverses reprises l'état digestif, cependant l'enfant garde une tendance à la constipation, les selles sont encore fréquemment glaireuses, d'ailleurs la fièvre persiste avec les mêmes caractères.

En novembre, du 17 au 24, diarrhée persistante ; pendant ces 8 jours la température tombe et ne dépasse pas $37^{\circ} 4'$, mais le poids diminue de 400 grammes.

A ce moment on supprime complètement le lait de l'alimentation. Le résultat semble encourageant, sans toutefois amener un changement décisif.

Pendant les mois qui suivent les selles sont plus souvent bonnes mais il faut toujours lutter contre la constipation, et les lavages ramènent souvent une grande quantité de glaires. D'ailleurs, la fièvre persiste et le poids continue à osciller.

En mars-avril 1904, on essaie à diverses reprises de donner de la viande, mais il semble que chaque fois la température subisse une nouvelle poussée et on abandonne momentanément ces tentatives.

Cependant l'amélioration dessinée au début de l'année se précise peu à peu, sous l'influence du régime, des désinfections répétées et des évacuations régulières de l'intestin (lavages et suppositoires), les selles se font meilleures et dès le mois de mai se produisent spontanément et régulièrement, l'enfant grandit, se développe. La fièvre continue encore quelque temps, par accès de plus en plus rares, puis finit par disparaître.

Chez cette enfant les troubles intestinaux sont manifestement la cause de la fièvre. Remarquons chez elle l'extrême irrégularité de la température et l'étendue des

oscillations quotidiennes; l'irrégularité de la courbe de poids. En novembre 1903, elle a traversé une crise de diarrhée qui a duré une semaine, et cette période a été marquée par l'apyrexie. Y a-t-il lieu de s'en étonner? non, car nous savons que la diarrhée est un procédé de l'organisme pour éliminer les toxines.

Observation IV (*inédite*)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Paul ..., né le 15 mars 1899.

Nourri au sein jusqu'à 3 mois, puis au lait stérilisé. Aucun trouble jusqu'à 16 mois, mais depuis troubles digestifs fréquents : diarrhée, coliques, selles demi-liquides et glaireuses.

Le premier examen date du 17 novembre 1903 : L'enfant a donc un peu plus de 4 ans et demie, il pèse 15 k. 850. Il est petit, pâle, le ventre est flasque, douloureux dans la région ombilicale; gargouillement dans la fosse iliaque droite; le foie est gros, la langue rongée à la pointe, il y a de la polymicroadénopathie. L'enfant a de la diarrhée, selles liquides et glaireuses, et de la fièvre. Cette fièvre est assez spéciale, car la température est d'une façon constante plus élevée le matin que le soir, oscillant le matin entre 37°6 et 37°8, tandis que le soir elle ne dépasse pas 37°2, restant le plus souvent au-dessous même de ce chiffre : 36°8, 37°. Donc, accès fébrile nocturne.

Le régime, la désinfection, les lavages d'intestin améliorent un peu l'état digestif mais très lentement, les selles se font un peu meilleures et plus régulières; l'enfant a meilleure mine, mais sa langue reste blanche au centre, rouge à la pointe. En décembre une prise de calomel amène une débâcle membraneuse très abondante et prolongée, la fièvre persiste avec les

mêmes caractères, plus haute le matin que le soir et le poids oscille.

Au début de 1904, on trouve l'enfant très anémié, avec une tendance au refroidissement, pas d'appétit. On essaie la viande crue qui est mal supportée mais qu'on arrive à continuer à faibles doses. L'état général s'améliore, l'enfant engraisse peu à peu. Cependant il présente encore de temps en temps, bien que moins souvent, des périodes de constipation et des débâcles diarrhéiques.

Néanmoins la température a tendance à baisser et depuis le 7 février jusqu'au mois de mars où l'on cesse d'observer l'enfant le chiffre de 37°5 n'est plus que rarement dépassé.

Les nouvelles indirectes que l'on a eues de lui depuis disent que la fièvre a fini par disparaître complètement et que l'enfant est maintenant en très bon état.

Observation VII (inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Denise ..., née le 21 avril 1898.

Le père a présenté quelques manifestations tuberculeuses ayant son mariage ; la mère est peu vigoureuse.

La première enfance se passe sans incidents.

En 1900, une crise d'entérite qu'on améliore rapidement en réglant l'alimentation.

L'hiver 1900-01 se passe bien, cependant on remarque à plusieurs reprises une température trop élevée : 37.6, 37.7, le matin vers 10 heures après le premier déjeuner. Malgré cela il n'y a pas de malaise réel, l'enfant ne paraît pas malade toutefois elle a

très peu d'appétit et son poids subit des oscillations continues. Les amygdales sont grosses.

Au cours du printemps 1901, l'état s'améliore sensiblement, de mars à février le poids remonte de 1 kilo 700, l'appétit est meilleur, l'enfant, gaie, ne paraît pas avoir de fièvre (mais la température n'est pas notée).

En juin elle recommence à maigrir ; la fièvre est de nouveau observée en juillet, en août (à la mer, en Normandie) irrégulière, montant le soir vers 37.6, 37.8, 38.

A la fin d'août, l'enfant est un peu grêle, pâle, sans cependant donner l'impression d'un enfant malade, la langue est un peu blanche aux centres, rose à la pointe, l'appétit satisfaisant. Mais les recherches poussées du côté digestif, montrent que les selles ne sont pas parfaites : l'enfant est habituellement constipée ; selles parfois glaireuses, très odorantes. C'est de ce côté que l'on dirige les efforts thérapeutiques.

On obtient une amélioration assez facilement, le poids se relève peu à peu, assez régulièrement. Mais l'enfant est toujours en imminence d'entérite et de temps en temps les selles sont encore glaireuses, irrégulières. La fièvre persiste d'ailleurs comme par le passé, 37° 7', 38°, le soir et toujours qu'elle que soit la température, l'aspect extérieur de l'enfant reste celui d'une bonne santé, le teint rose, le caractère vif, gai, la mine souriante.

Puis les choses continuent à aller sans changement notable. L'enfant reste soumise à des alternatives d'améliorations, et de rechutes successives. La fièvre reste habituelle, cependant vers la fin de 1902 (octobre, novembre, décembre et début de janvier 1903) elle s'abaisse notablement dans son ensemble, au point de ne dépasser 37° 5' que 11 fois pendant ces 3 mois ; et cette apyrexie relative coïncide avec une régularité beaucoup plus grande de l'accroissement pondéral.

En janvier 1903, on observe pendant quatre jours, du 6 au 10 une poussée d'hyperthermie à 39° le soir avec remission incom-

plète le matin, sans qu'on trouve rien qui explique une élévation de température aussi anormale.

Puis la courbe regagne l'apyrexie, mais le 18 la fièvre reprend, monte à 39° 2 le 19 et reste élevée (entre 38 et 39) pendant près de 3 semaines. La cause de cette fièvre n'apparaît pas nettement, il n'y a pas de trouble digestif bien notable, les selles, parfois mal liées, n'ont pas de caractère nettement putride. L'examen des autres organes reste négatif. Enfin la guérison se fait en lysis. Cet épisode aigu terminé, la température reprend son allure antérieure irrégulière, peu élevée, atteignant de temps à autre 37° 6', 37° 7'. A ce moment on discute la tuberculose, on trouve des signes douteux qui font admettre sous réserve l'adénopathie trachéo-bronchique. Mais ces signes ne sont pas confirmés aux examens ultérieurs.

Vers cette époque l'enfant a cessé d'être observée. Mais d'après les nouvelles que l'on a eues indirectement, la fièvre a fini par disparaître, l'enfant se développe actuellement très bien n'a plus jamais présenté de signes de tuberculose.

L'interprétation de cette histoire est assurément fort délicate. La cause de la fièvre est-elle à chercher dans l'histoire digestive, dans une adénoïdite chronique, dans la tuberculose admise sous réserves en 1903 ?

Cette tuberculose, à supposer même qu'elle fût indiscutable, apparaît bien tardivement pour expliquer une fièvre dont le début remonte à 1900. D'ailleurs, elle n'a pas évolué ultérieurement. On est donc autorisé à penser que son rôle fut négligeable.

Faut-il incriminer une origine rhino-pharyngée ? C'est possible. N'oublions pas qu'on a constaté l'augmentation de volume des amygdales, une angine en 1901.

Toutefois ces manifestations nous semblent bien réduites en regard des troubles digestifs qui, malgré leur intermittence, existèrent pendant toute la durée de la fièvre. On nous objectera que la thérapeutique digestive n'a pu pendant longtemps avoir raison de cette fièvre. — Nous répondrons que la dyspepsie peut se développer de deux façons : ou bien par l'action d'une alimentation défectueuse sur des organes digestifs normaux, et alors un régime approprié est rapidement efficace ; ou bien, comme ce paraît être le cas pour notre malade, elle a sa cause dans une débilité essentielle de l'intestin et des glandes annexes qui sont insuffisants à une tâche même modérée. Les cas de cette dernière catégorie sont évidemment beaucoup plus rebelles aux tentatives thérapeutiques, et l'échec relatif ne contredit pas la vérité du diagnostic.

Nous croyons donc que l'observation que nous venons de présenter peut rentrer dans l'histoire des fièvres digestives.

Mais il est des cas encore plus troublants, tel celui de l'enfant dont nous allons maintenant rapporter l'histoire :

Observation VIII (inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON.

Geneviève B..., née le 24 juin 1897.

Père arthritique, névropathe.

Nourrie au sein jusqu'à 4 mois, puis au lait maternisé, mais

alors suralimentée : vomissements, diarrhée qu'on guérit rapidement en réglant l'alimentation.

Au mois de mai 1898, à 11 mois, l'enfant présente des signes de rachitisme. A ce moment, poussée d'eczéma de la face.

En novembre, à l'occasion d'une poussée dentaire, se développe une adénite sous-maxillaire multiple avec fièvre (39°6) dont l'évolution est excessivement lente puisque la résolution n'est pas encore complète en janvier 1899. En février se produit une nouvelle poussée ganglionnaire, cette fois la suppuration commande l'incision, mais la résolution traîne, et en octobre se produit une nouvelle suppuration. L'enfant est pâle, maigre, sans appétit.

L'année 1900 marque une notable amélioration, elle se passe sans incident notable. Toutefois les ganglions n'ont pas encore tout à fait disparu en août.

En janvier 1901, bronchite aiguë qui traîne 10 jours. En juillet, l'enfant est prise d'accidents aigus (vomissements, grincements de dents, dépression) qui font redouter la méningite, mais tout se calme en 2 ou 3 jours. L'enfant reste maigre, sans appétit avec des crises de diarrhée.

En octobre, la mine est mauvaise, les pommettes rouges, la langue blanche. Après les repas, l'enfant baille, a du hoquet, devient triste et grognon, parfois a mal à la tête. Les nuits sont troublées de cauchemars, de grincements de dents, de cris. L'appétit est assez bon mais les selles sont irrégulières, sableuses, glaireuses, polychromes, fétides. Le poulx bat entre 100 et 120. On soupçonne la fièvre et en effet, on découvre que la température dépasse fréquemment la normale, elle oscille entre 37°6 et 38°2, souvent plus élevée le matin que le soir.

Pendant toute la fin de l'année, l'état ne subit pas grand changement. Troubles digestifs et fièvre persistent sans amélioration apparente. En décembre, nouvelle bronchite qui traîne 12 jours.

L'état est encore stationnaire au début de 1902. Mais vers le mois de mars se produit une amélioration qui se caractérise de plus en plus et en avril l'enfant engraisse, a bonne mine, les selles sont bonnes et il n'y a pas de fièvre. En mai, coqueluche.

A partir de ce moment il n'y a plus de fièvre. Pourtant l'intestin n'est pas définitivement guéri car la suite de l'observation montre pendant les années qui suivent que l'enfant se constipe facilement, présente encore de temps à autre des débâcles muco-membraneuses, des crises de vomissements parfois inexplicables. et cela malgré une hygiène et un régime bien surveillés, malgré des séjours à Plombières, à Chatel-Guyon, Arcachon, Cambo. L'état général, la courbe du poids varient suivant l'état actuel des fonctions digestives.

Jusqu'en 1907, pas d'incidents bien remarquables :

En mars 1904, quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique, mais accompagnant une bronchite aiguë avec toux quinteuse.

En février 1905, opération pour des végétations adénoïdes.

En novembre de la même année l'auscultation a montré : à droite, respiration rude ; mais cette constatation n'est pas renouvelée à ce moment.

C'est l'année suivante en novembre 1907, que l'attention se trouve attirée d'une façon plus formelle vers l'appareil respiratoire. L'enfant tousse depuis quelque temps, son thorax est étroit et l'auscultation donne : respiration faible à droite.

Dès lors, l'enfant continue à tousser. En même temps l'état digestif paraît s'améliorer, et les crises diarrhéiques deviennent moins fréquentes. Parallèlement le poids prend une marche régulièrement ascendante qui ne se démentira plus jusqu'en 1910.

Peu à peu les signes thoraciques se précisent.

A la fin de 1908 l'examen donne les résultats suivants :

A droite : respiration faible et rude, expiration prolongée. Bronchophonie : souffle interscapulaire. La température est

normale. Le pouls bat entre 109 et 139. Peu de changements en 1909. La radioscopie montre l'adénopathie bronchite prédominante à droite. L'enfant engraisse toujours, n'a pas de fièvre.

Elle a été revue le 30 mars 1910. Elle pèse 49 k. 500, l'aspect général est bon. A l'examen du thorax : respiration rude à droite, exagération des vibrations en arrière et à droite. Pouls à 104.

Donc, depuis la fin de 1907, la tuberculose chez cette enfant n'est plus discutable. La question qui se pose est de savoir quels ont été ses rapports avec la fièvre observée en 1901-1902.

Et d'abord peut-on regarder la fièvre comme ayant été la première manifestation de la tuberculose ?

Nous ne le croyons pas. Car d'une part, la courbe thermique était tout à fait celle d'une fièvre purement digestive : irrégularité extrême de la courbe, inefficacité de la cure de repos, accès réglés sur les repas ; de plus à l'époque de la fièvre, la courbe du poids avait au plus haut degré le caractère oscillant qui disparaîtra lors de la tuberculose confirmée. Enfin la fièvre a disparu définitivement en 1902. En admettant même qu'une période d'imprégnation tuberculeuse latente ait pu précéder l'apparition des signes de certitude, est-il vraisemblable que cette période ait duré 6 ans ?

Mais cette enfant avait de l'entérite. C'est aussi une cholémique qui eut à diverses reprises du subictère, des vomissements cycliques. Son intestin fabriquait donc des toxines que son foie détruisait mal.

Et cette intoxication explique à la fois la fièvre et l'allure trainante que revêtait chez elle la moindre infection : adénite d'origine pharyngée, bronchite.

Les troubles digestifs paraissent donc avoir été la seule cause de la fièvre.

Que d'ailleurs, l'entérite, par la débilitation qu'elle a provoquée dans l'organisme, ait pu préparer les voies au bacille de Koch, c'est ce que nous admettrons au contraire volontiers. Et l'enseignement qui se dégage de cette observation, c'est que si la fièvre digestive ne doit pas être par elle-même un sujet d'inquiétudes, elle mérite d'attirer l'attention cependant, car elle est capable par sa longue durée et l'épuisement qu'elle provoque dans l'organisme de favoriser le développement ultérieur de la tuberculose.

Fièvres d'origine rhino-pharyngée

De l'ensemble des observations que nous avons eues entre les mains, nous sommes amenés à considérer l'auto-intoxication digestive comme la source la plus habituelle des états fébriles prolongés.

Cependant nous avons trouvé dans la littérature médicale des faits tendant à prouver que l'inflammation chronique des amygdales et du tissu adénoïde du rhino-pharynx pouvait jouer un rôle également considérable dans la production de ces états morbides.

Brièvement indiquées par Pilatow, par Mya (de Florence), par Morse (de Boston), les fièvres chroniques d'origine rhino-pharyngée ont été mises en relief d'une façon définitive par Jacobson, de Bucarest, dans sa communication de 1908 devant la Société de Pédiatrie.

Devant les chapitres suivants, nous rapporterons l'histoire d'un enfant chez lequel une fièvre persistante a pu être rapportée [partiellement seulement] à une adénoïdite chronique. Mais nous n'avons pu, à notre

grand regret, nous procurer d'observation de fièvre d'origine rhino-pharyngée pure.

Nous ne pourrions donc donner une description basée sur des faits personnels et nous devons nous contenter d'un résumé emprunté au travail de Jacobson.

Le début de la fièvre est souvent marqué par une maladie infectieuse (grippe le plus souvent); parfois elle se développe insidieusement et sa découverte est toute fortuite.

La température reste habituellement peu élevée : 37°5 et plus le soir, remission matinale plus ou moins complète : 37 à 37°5. La marche est très variable et l'accès peut se produire aussi bien le matin que le soir en sorte que la courbe peut présenter un type inverse soit régulier soit irrégulier.

Ni la quinine, ni les ferrugineux n'ont d'influence sur son évolution. Elle est exagérée par le mouvement; le repos l'atténue sans la faire disparaître complètement.

Elle peut durer très longtemps, plusieurs mois, plusieurs années. De temps en temps elle est coupée de périodes plus ou moins longues d'apyrexie pendant lesquelles l'enfant paraît tout à fait bien portant.

Pendant la durée de la fièvre l'examen reste constamment négatif; le foie, la rate sont quelquefois un peu gros, l'appétit parfois un peu diminué; mais les digestions sont bonnes, les urines restent normales et l'examen du sang peut montrer un peu d'anémie simple mais pas d'éléments anormaux ni de parasites.

L'état général est peu touché, l'enfant ne se plaint

de rien, conserve sa bonne humeur, cependant sa mine est fatiguée, il est pâle, les yeux cernés, et manifeste de la lassitude au moindre effort.

Malgré la durée parfois très longue de ces états fébriles, la guérison est la terminaison habituelle.

En présence d'un tableau clinique aussi réduit comment découvrir la cause des accidents ?

Pour Jacobson, la clef du diagnostic est dans la recherche systématique des commémoratifs et des symptômes propres aux affections chroniques du rhino-pharynx :

« Dans tous les cas, dit-il, on a noté que ces enfants
« souffrent de végétations adénoïdes, de pharyngite
« chronique, d'amygdalite lacunaire et ont subi autre-
« fois des opérations pour l'une de ces affections. La
« plupart ont eu à un moment donné des otites suppu-
« rées ou des douleurs d'oreilles.

« Sans doute, chez plusieurs d'entre eux les symptô-
« mes pharyngés sont peu manifestes, mais il ne faut
« pas de ce chef repousser systématiquement l'origine
« pharyngée : l'un de mes malades ne présentait en
« apparence aucune manifestation du côté de la gorge
« bien qu'ayant été autrefois opéré pour des végétations
« adénoïdes. Faute de trouver une cause qui explique
« son état fébrile qui a duré plus de trois ans, je l'ai
« adressé au professeur Hajeck (de Vienne) qui lui a
« enlevé une petite végétation que lui-même ne cro-
« yait pas devoir jouer un rôle dans l'état fébrile. Et

« bien, quinze jours après l'opération, la fièvre est
« tombée et depuis 5 mois elle « n'a pas reparu.

« Les globules rouges qui étaient au nombre de
« 3.500.000 avant l'opération étaient un mois après au
« nombre de 5.500.000. Le taux de l'hémoglobine est
« monté de 70 % à 100 %.

Enfin sur notre demande, M. le Dr Jacobson, avec
une obligeance dont nous ne saurions trop le remercier,
a bien voulu nous communiquer l'observation suivante,
qui est des plus intéressantes :

« Il s'agit de deux jumelles que l'on m'a montrée parce
qu'elles étaient athrepsiques et ne pouvaient se développer avec
aucun mode d'alimentation.

« J'ai moi-même essayé à diverses reprises sevrage, babeurre,
...., etc., sans succès.

« Tous les régimes paraissaient réussir au début, puis au bout
de 10 à 15 jours on observait chez les deux jumelles à la fois des
accidents fébriles avec troubles dyspeptiques et chute de poids.

« Frappé de la bizarrerie de ces phénomènes, de leur évolu-
tion simultanée chez les deux enfants et de la tolérance transi-
toire de tous les régimes, je soumis ces enfants à une observa-
tions plus stricte : je commençai à les mettre à une diète sévère,
me proposant d'introduire dans leur alimentation les aliments
un à un.

« Je fis prendre la température régulièrement dans l'espoir que
des variations thermiques me permettraient de juger de la façon
dont tel ou tel aliment serait supporté.

« Or, en prenant la température de 3 heures en 3 heures, jé
constatai que ces enfants avaient une fièvre continue à petites
oscillations. Une série d'essais me permit de constater que cette
fièvre était absolument indépendante de l'alimentation.

« Alors je songeai à la fièvre adénoïdienne que j'avais appris à connaître.

« Les enfants furent examinés par un spécialiste : il y avait des végétations.

« Le toucher pharyngien provoqua chez les deux enfants une ascension thermique à 39°. C'était la confirmation de mon hypothèse.

« Les enfants furent opérées.

« A partir de l'opération, la température diminua progressivement et au bout de 15 jours il n'y avait plus du tout de fièvre.

« Depuis lors, (il y a de cela 2 ans), la fièvre n'a pas reparue. Quant aux troubles dyspeptiques, ils ont également disparus. »

La Tuberculose

La tendance chez le médecin non prévenu, est d'attribuer à la tuberculose les cas de fièvre prolongée chez l'enfant pour lesquels il ne découvre aucune cause satisfaisante. Cette tendance n'est d'ailleurs pas entièrement dénuée de fondements. En effet, la tuberculose chez l'enfant est souvent au début une tuberculose ganglionnaire et peut ne se manifester par aucun symptôme caractéristique. Quand les ganglions internes sont envahis il n'existe pas d'autres signes que ceux qui peuvent résulter de la compression des organes voisins et l'adénopathie trachéo-bronchique elle-même, la plus facile à dépister cependant, est susceptible de passer inaperçue.

Dans ces cas dépourvus de signes physiques où la température est le seul symptôme qui attire l'attention, peut-on se faire une opinion sur la nature tuberculeuse ou non de la lésion causale ?

En s'aidant de divers procédés que nous ont ensei-

gnés les travaux de ces dernières années, la chose n'est pas absolument impossible.

Tout d'abord, l'étude de la température elle-même est susceptible de donner quelques bons renseignements à condition que l'on ne se borne pas à noter la température matinale et vespérale seulement comme on a l'habitude de le faire, car on peut laisser ainsi passer inaperçus d'importants mouvements de température. Il faut, ainsi que le demande M. Barbier, prendre la température toutes les 2 ou 3 heures environ, sans omettre de la prendre la nuit, au cours de laquelle s'observe souvent un accès fébrile auquel M. Barbier attache une grande importance.

Le Noir et Camus ont montré, et c'est ce que nous avons pu également constater sur les courbes que nous avons eues sous les yeux, que la température des tuberculeux prise dans ces conditions représente habituellement une courbe régulière qui se reproduit souvent pendant une longue période ; l'acmé et le minimum s'observent aux mêmes moments les jours qui se suivent : la phase d'ascension, de même que celle de descente, sont comparables d'un jour à l'autre pour un même malade et pour des conditions identiques ; le mieux étant pour ces recherches de maintenir le sujet au lit.

La courbe thermique est en effet susceptible de subir d'importantes modifications du fait de causes externes de perturbation parmi lesquelles la plus importante est certainement l'activité physique du sujet.

Certains auteurs ont même pensé qu'on pourrait tirer

de ces modifications apportées à la courbe par la fatigue physique (réaction de promenade) des conclusions vis-à-vis du diagnostic de la tuberculose latente.

Penzolt, conclut que la tuberculose est probable si après la marche la température monte à 38° et s'écarte de plus de 5 à 6 dixièmes de la température de repos prise avant la promenade.

Dans son chapitre sur la fièvre provoquée, Daremberg arrive à ces conclusions : « Lorsque pendant 10 jours, chez un sujet suspect de tuberculose, l'écart entre les températures de la marche et du repos atteint 4 à 5 dixièmes et lorsque la température de 4 heures de l'après-midi est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

Dans notre introduction, nous avons rappelé les expériences déjà anciennes de M. Guinon, et le peu de cas qu'il faut faire selon lui de l'étude de la réaction de promenade pour le diagnostic de la tuberculose latente.

Enfin Krantz dans un récent travail (*Thèse de Paris* 1908) a repris la question et des expériences qui, probantes, l'ont amené aux conclusions que voici :

Pour lui, l'importance de la réaction de promenade dépend, non pas tant du fait de la tuberculose, que de l'activité plus ou moins grande du mouvement. Elle peut être tout aussi importante chez l'enfant sain que chez l'enfant tuberculeux. La seule constatation qui lui paraisse importante au point de vue du diagnostic de la tuberculose, consiste dans l'irrégularité des réactions de

promenade qui pour un même effort sont tantôt faibles, tantôt fortes et dans la persistance plus grande de la température de mouvement chez l'enfant tuberculeux.

Enfin Le Noir et Camus insistent sur un caractère assez particulier à la fièvre des tuberculeux, c'est que les malades peuvent n'en point avoir conscience et que chez eux la découverte de la fièvre est souvent chose toute fortuite.

L'étude du pouls montre, ainsi que l'a signalé Faisans, de la tachycardie, et un abaissement de la tension artérielle au sphygmomanomètre.

L'analyse de la courbe du poids est intéressante et l'examen de nos observations à ce point de vue nous a montré que d'habitude chez les tuberculeux latents, le poids marche d'une façon assez régulière, augmente ou diminue ou reste stationnaire, mais nous n'avons pas observé chez eux ces variations incessantes, ces alternatives continuelles d'augmentation et de diminution que nous avons constatées chez les enfants atteints de fièvre digestive.

A ces signes, il faut joindre l'étude de la réaction à la tuberculine qui a la plus grande valeur à condition qu'on interprète son résultat avec les réserves signalées au début de ce travail.

Il est bien évident que chacun des symptômes que nous venons d'indiquer, n'a en lui-même qu'une valeur relative et insuffisante pour entraîner un diagnostic.

Mais si ces symptômes peuvent être réunis en faisceau, si on y joint les indices qui peuvent être fournis par les antécédents, par l'habitus extérieur de l'enfant, on voit qu'en l'absence de tous signes d'auscultation, seuls positifs, on peut dans certains cas arriver à un degré de probabilité assez avancé.

Nous allons maintenant rapporter deux observations de fièvre qu'on a pu placer dans l'étiquette de la tuberculose. L'une est intéressante parce que le diagnostic resta longtemps incertain. L'autre est banale. Nous la résumerons cependant brièvement car elle présente un exemple bien net du caractère régulier que nous avons attribué aux courbes pondérale et thermique chez ces enfants.

Observation IX (*inédite*)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Béatrice..., née en octobre 1898.

Père bien portant, mère a présenté des signes légers de tuberculose initiale qui ont cédé rapidement.

L'enfant est nourrie au sein sans incidents, la première enfance se passe bien. Une angine pseudo-membraneuse (staphylocoque et pneumocoque) en juillet 1900.

En 1901, à 2 ans et demi, l'état s'aggrave insidieusement, malgré un séjour de 2 mois dans la montagne pendant l'été. En décembre, l'enfant a mauvaise mine, est amaigrie, vomit de temps en temps ; d'ailleurs pas de fièvre à ce moment.

En 1904, l'état continue à périliter, malgré un séjour à Cannes en février (dont l'action est peut-être annihilée par une angine diphtérique qui entraîne un séjour prolongé à la chambre) puis à la campagne, en Suisse, enfin à Biarritz en septembre. L'amaigrissement est continu : 13.800 en décembre 1901, 13.400 en mai 1902, 13.300 en juin. L'enfant est pâle, sans entraînement, a un aspect vieillot ; pourtant l'appétit, la digestion, le sommeil paraissent bons.

Depuis juillet 1902, on observe la fièvre, assez régulière : le soir, il y a 38° à $38^{\circ}2$, le matin 37° à $37^{\circ}2$. L'oscillation quotidienne est d'environ un degré.

En novembre l'état général paraît s'améliorer un peu sous l'influence du jus de viande (elle a repris 220 grammes en 4 semaines) la mine est meilleure, l'enfant plus gaie, mais la fièvre persiste.

En 1903, l'amélioration générale va en s'accroissant, le poids s'élève régulièrement. Cependant la fièvre persiste avec les mêmes caractères que précédemment et bientôt apparaissent des signes non douteux d'adénopathie bronchique avec propagation des bruits du cœur au sommet droit.

On envoie alors l'enfant à Arcachon où elle séjourne d'avril à juin.

L'effet semble excellent car la fièvre a perdu son caractère quotidien et régulier : elle dépasse beaucoup moins souvent 38° , il y a même quelques jours sans fièvre. L'enfant se développe, elle a repris 2 kilogs dans ces deux mois.

Au retour les signes d'auscultation ont disparus.

Pendant l'été, à la mer, il n'y a pas de fièvre mais celle-ci reprend lors du retour à Paris et persiste (38° à $38^{\circ}2$ le soir).

En novembre 1903 puis en février 1904, crises d'appendicite pour laquelle on fait l'opération en avril, mais cet épisode paraît sans influence sur la température qui se maintient trop élevée.

On conseille alors de nouveau Arcachon. L'enfant y arrive le 22 avril. Immédiatement elle entre dans l'apyrexie, la température n'atteint plus qu'exceptionnellement 37°6 le soir.

Rentrée à Paris le 19 juin, la fièvre reprend, toutefois beaucoup moins régulière et moins élevée qu'auparavant.

Départ pour la mer le 1^{er} juillet. Cette fois l'apyrexie est définitive : l'enfant peut rentrer à Paris le 16 octobre, elle n'aura plus de fièvre.

Dès lors elle se développe bien. Elle a été revue au début de 1910 ; elle est très vigoureuse et n'est jamais malade.

Observation X (inédite)

Communiquée par M. le Dr GUINON

Violet..., né le 5 septembre 1894.

Père porteur de ganglions tuberculeux de l'aisselle, opérée 1902, mère névropathe.

L'enfant se développe sans incidents jusqu'en 1900.

En 1900, période d'amaigrissement avec pâleur, mise sur le compte de la fatigue d'un voyage. Mais l'enfant reprend rapidement, et continue à se développer normalement jusqu'en 1903.

En mars 1903, l'attention est attirée par une grippe à la suite de laquelle la toux persiste avec expectoration purulente. Une analyse des crachats montre des bacilles de Koch, cependant l'auscultation ne révèle rien de bien net si ce n'est un peu d'affaiblissement de la respiration dans l'espace interscapulovertébral gauche. L'enfant est pâle, fatigué ; tous les soirs il a de la fièvre, assez régulière : 37° 6' 37° 8' ; le matin, remission, 36° 8' 37°.

L'enfant va passer 6 mois (avril à septembre) dans la montagne. La fièvre d'abord élevée s'abaisse, incomplètement il est vrai, lorsqu'on immobilise l'enfant au lit. Cependant le poids aug-

mente régulièrement : 32.200, 32.700, 33.100, 33.300, de juin à juillet. D'ailleurs la fièvre diminue peu à peu et en octobre elle a disparu à peu près complètement.

Mais les signes de tuberculose se précisent : diminution de murmure vésiculaire, submatité au sommet gauche, puis toujours à gauche : respiration rude, aplatissement du thorax, abaissement de la tension artérielle : 14.

Mais il n'y a plus de fièvre et l'enfant engraisse toujours, régulièrement. En décembre 1909 elle pèse 53 k. 400.

Fièvres mixtes

Entérite chronique, adénoïdites chroniques, tuberculose surtout ganglionnaire, telles sont donc les trois causes qui apparaissent le plus fréquemment à la source des fièvres obscures prolongées.

Il est intéressant de remarquer que, assez souvent, la cause n'est pas unique et que le médecin peut avoir à discuter la part qui revient à plusieurs de ces facteurs réunis chez un même sujet.

Dans cet ordre d'idées, nous pouvons rapporter l'observation suivante :

Observation XI (Inédite)

Communiquée par M. le docteur GUINON.

Jean B..., né le 11 janvier 1905.

Père et mère sains, mais lymphatiques,

Depuis sa première année, l'enfant s'enrhume facilement, souvent enchifrené et ses rhumes durent longtemps.

Depuis un an, on a remarqué qu'il a un peu de fièvre, souvent 37° 9 le soir; remission incomplète le matin : 37° 5. Avec cela il se plaint de fatigue, mais il est gai, dort bien toute la nuit, a bon appétit et semble bien digérer. Deux laryngologistes ont trouvé des végétations adénoïdes et ont attribué la fièvre à un peu d'infection pharyngée.

En janvier 1910 c'est un enfant aux cheveux roux sombre, aux chairs molles, gras, un peu pâle, bien que les pommettes soient roses, type de lymphatique.

On trouve des ganglions un peu gros au cou. La gorge est rouge et gonflée, la langue est bonne, le ventre un peu gros.

La respiration est bonne partout, elle est cependant un peu rude en arrière vers la hile. Sonorité normale. Chuchotement propagé jusqu'à le 3^e vertèbre dorsale (léger signe de D'Espine) poids 20 kilogs 200.

On s'arrête donc à ce moment au diagnostic suivant : Rhinopharyngite chronique avec adénoïdite ; fièvre d'origine rhinopharyngée. Adénopathie bronchique probable. Digestions à surveiller.

Le 10 février on pratique le curettage du pharynx.

3 mars — La guérison se fait normalement. L'enfant a repris sa vie normale, sort et joue, très gai, plein d'entrain. Il mange et digère bien, cependant il a toujours une température trop élevée 37°7 à 37°8 le soir ; il reste pâle et mou. Les ganglions du cou et des aines sont augmentés de volume, le ventre est gros et un peu dur, mais aucun signe d'entérite. A l'auscultation : respiration diminuée à droite et en avant, puérile à gauche ; pas de souffle inter-scapulaire. Poids : 20 kilogs 480.

Il part pour Arcachon où il vit beaucoup dehors.

Le 17 mai il revient pesant 21. 300 mais il est pris d'angine, quelques jours plus tard de faux croup puis d'enterocolite et son poids retombe à 21.000.

Le 21 juin on le trouve un peu pâle comme toujours. La res-

piration est bonne mais on perçoit un léger souffle interscapulaire.

Enfin, après un été passé à Biarritz, il est revenu très bien portant, il engraisse, n'a plus de températures anormales : il mange et digère bien, ne présente plus rien d'anormal du côté du rhino-pharynx, ni du côté du thorax.

Donc, voilà un enfant qui présente une fièvre très irrégulière qu'on s'est cru autorisé d'abord à attribuer à une infection rhino-pharyngée. Le carum a été curetté le 10 février, mais depuis la température a continué à s'élever. D'autre part il a existé des signes non douteux quoique légers de tuberculose initiale.

On pourrait conclure simplement de ces faits que la tuberculose est la cause unique de la fièvre.

En réalité une pareille conclusion serait trop absolue. En effet lorsqu'on jette les yeux sur les feuilles de température depuis le 10 février, jour de l'opération, on constate que les poussées de fièvre, qui d'ailleurs ne sont pas quotidiennes et paraissent beaucoup moins fréquentes qu'autrefois coïncident dans une proportion très forte avec des incidents non tuberculeux.

C'est ainsi que si nous suivons la courbe des mois d'Avril et Mai, prise à Arcachon, que nous possédons entièrement, nous notons les coïncidences suivantes : Le 15 avril, T. : $37^{\circ} 7'$, rhume ; le 25 et le 26, T. : $37^{\circ} 8'$, entérite ; le 28 et le 29, T. : $38^{\circ} 2'$, $37^{\circ} 7'$, entérite ; pas de fièvre jusqu'au 17 mai ; le 17, le 18 et le 19 mai, T. : $39^{\circ} 3'$, $38^{\circ} 3'$, $38^{\circ} 1'$, mal de gorge pendant 3 jours ; le 22, T. : $37^{\circ} 9'$, rhume ; les 2, 4, 5 juin, T. : $37^{\circ} 5'$ à

38°, rhume et faux croup ; enfin du 11 au 16 juin, T. : 38°, crise d'entérite.

La fièvre accompagne donc surtout les poussées d'entérite et de rhino-pharyngite qui n'ont pas disparues en dépit de l'opération.

En dehors de ces accidents intestinaux et pharyngiens la température est plus souvent normale.

Cela prouve que si la tuberculose peut-être admise comme favorisant l'instabilité thermique, elle ne suffit pas à rendre compte entièrement de la fièvre chez cet enfant.

Et la conclusion au point de vue pronostic et thérapeutique, c'est que dans ces cas, les efforts dirigés contre la tuberculose sont condamnés à une inefficacité relative contre la fièvre, (chez notre enfant, un séjour à Arcachon n'a fait tomber que la fièvre purement tuberculeuse) l'apyrexie ne pourra être obtenue que par la guérison des troubles intestinaux ou rhino-pharyngiens.

Fièvres post-infectieuses

Donc, dans la plupart des cas, le clinicien averti sera en mesure de rapporter ces états subfébriles à un trouble organique plus ou moins apparent.

Mais il est d'autres cas où la fièvre [est véritablement obscure dans toute la force du terme, où l'enfant reste apparemment bien portant, engraisse, se développe, tout en présentant d'une façon plus ou moins continuelle une élévation trop considérable de la température.

Dans cet ordre d'idées, nous rapporterons deux observations qui se sont présentées d'une façon assez particulière et qui montreront mieux qu'un long développement ce que nous entendons par le titre placé en tête de ce chapitre.

Observation XII (Inédite)

Communiquée par M. le docteur GUINON

Jean B., né le 15 juillet 1896.

Père névropathe, dyspeptique, syphilitique.

Enfant élevé au lait stérilisé avec des incidents fréquents.
Diarrhée prolongée à 5 mois, urticaire.

On note une bronchite en 97 et, en avril 98, une broncho-pneumonie avec fièvre violente à la suite de laquelle l'état général est quelques temps à reprendre sa stabilité ; on observe à ce moment que l'enfant est pâle, faible, sans appétit ; puis survient une poussée d'urticaire, qui ne tarde pas à disparaître. En juillet de la même année l'enfant a une coqueluche d'intensité moyenne.

Une bronchite en 1900, une rougeole bénigne en 1901, une autre bronchite en 1903.

En Avril 1904 survient une grippe à forme typhoïde (séro-réaction négative). La défervescence paraît se faire naturellement en lysis et le 25 avril la température regagne la normale. Températures normales également le 26 et le 27. Mais à partir du 28 la courbe prend une marche irrégulière avec apyrexie matinale et fièvre montant aux environs de 38° le soir. Cependant rien dans l'état général ne peut faire suspecter la réalité de la guérison : l'enfant a bon appétit, digère bien, a de l'entrain, engraisse, ne se plaint de rien.

Mais en dépit de ces bonnes apparences la température poursuit sa marche oscillante, présentant des écarts quotidiens qui paraissent même aller en s'accroissant et dépassent fréquemment un degré en mai et juin.

L'examen reste constamment négatif et le bon aspect ne se dément point.

Enfin la fièvre finit par disparaître au bout de deux mois, inexpliquée.

Depuis l'enfant a continué à bien se développer, l'observation ne signale plus qu'une bronchite en 1905 et une poussée d'eczéma en 1908.

Cependant cet enfant garde une certaine instabilité thermique car en 1905, en pleine période de santé, à la campagne aussi bien qu'à Paris, la température notée à deux reprises montre des ascensions vespérales à 37°9, 37°5, 37°7.

En résumé, état fébrile prolongé, installé à la suite d'une grippe et constituant un symptôme solitaire au milieu d'une santé en apparence parfaite.

Chute de la fièvre au bout de deux mois, développement ultérieur de l'enfant normal.

La seconde observation est un peu analogue à la précédente.

Observation XIII (Inédite)

Communiquée par M. le docteur Guixox.

Fernande, née en avril 1894.

Famille d'arthritiques : Père chauve, mère trop grasse et rhumatisante, sœur obèse.

Bien jusqu'à 2 ans. Depuis lors, fréquemment embarras gastrique, douleurs du ventre, fièvre à intervalles de 4 à 5 semaines.

En janvier 1897, à la suite d'une grippe, période d'anaigrissement, d'anorexie, d'entérite avec un peu de fièvre. Le tout s'a-

méliore assez rapidement par le traitement et en mars tout est redevenu normal. En avril, on signale un écoulement nasal.

Depuis lors, de temps à autre, manifestations très espacées d'entérite. L'enfant se développe bien.

En août 1898, incontinence d'urine.

En juin 1899, température à 40° à la suite d'une purgation à l'huile de ricin. L'enfant traverse une période d'agitation ; sommeil troublé de cauchemars ; céphalée aux heures du repas.

Au printemps 1900, congestion pulmonaire légère et éphémère avec fièvre violente. Une petite bronchite en 1902.

En janvier 1903, poussée d'adénite cervicale avec rougeur du pharynx accompagnée de fièvre pendant dix jours.

En mars, elle traverse une période de névropathie, elle est hantée par l'idée fixe de la maladie, redoutant une appendicite ou autre chose ; le soir elle s'endort très difficilement.

En octobre, fièvre typhoïde bénigne, suivie d'une rechute en novembre. La température regagne la normale le 14 novembre et paraît devoir s'y maintenir ; en effet, pendant six jours elle ne dépasse pas 37° 4 le soir.

Mais le 21 elle monte à 37° 6, le 22 elle est à 37° 7 et dès lors, elle se maintient dans ces parages.

L'observation montre que jusqu'en octobre 1904, soit pendant un an, l'enfant va garder cet état subfébrile. Le plus souvent la température descend le matin à 37° ou au-dessous, rarement on observe 37° 2', 37° 4'. L'oscillation quotidienne est en général peu étendue, mais par périodes d'une dizaine de jours on la voit parfois grandir et atteindre ou dépasser un degré. (avril, mai, juillet 1904).

Malgré cela, l'état général reste constamment bon, à part quelques incidents passagers, l'enfant a bonne mine, est gaie, mange, digère et dort bien, elle engraisse progressivement et de 26 k. 740 en décembre 1903 elle passe à 31 k. 700 en juin 1904 et à 34 k. 970 en décembre.

Pendant ce temps, on note un peu de rougeur et de gonflement du pharynx en janvier 1904, un rhume bénin, une purgation qui amène 38° 4 le matin en février, un peu de constipation en mars, de leucorrhée en avril qui diminue en mai, d'inaptitude au travail, de pâleur en juin.

Enfin la température redevient normale dès les premiers jours d'octobre et en décembre tout est bien, l'enfant a grandi de 14 centimètres et gagné plus de 4 k. depuis 10 mois.

En 1905, pas de fièvre, une poussée d'entérite glaireuse pendant l'été.

En 1906, adénite cervicale aiguë en mars, en août 10 jours d'entérite avec fièvre 38° 5.

En février 1908, l'enfant paraît amaigrie surtout au niveau du thorax. Elle est pâle, a beaucoup grandi. La respiration est un peu faible à droite et le pouls trop fréquent : 94 à 96. En mars l'expiration semble de plus un peu prolongée ; cependant l'enfant engraisse : 45. 750 contre 43. 360 en janvier.

Puis d'avril à décembre les signes stéthoscopiques semblent avoir disparus. La respiration est bonne aux deux sommets. Le poids continue à s'élever (50. 140 en octobre), l'enfant a bonne mine. Cependant depuis le mois de mai la température a tendance à reparaitre, l'oscillation quotidienne atteint 7 à 8 dixièmes et les ascensions à 37.6, 37.7, ne sont pas rares.. Du 15 au 25 juillet, poussée d'entérite qui laisse après elle une constipation opiniâtre.

En décembre, on retrouve un peu d'affaiblissement respiratoire au sommet droit, la température monte encore souvent à 37.6, plus rarement à 38. Les nuits sont un peu agitées.

Le début de 1909 est marqué par un amaigrissement considérable, l'enfant perd 3 kilogs de janvier à juillet, Le 15 juillet on trouve : respiration diminuée dans la fosse sus-épineuse droite avec un peu de diminution de sonorité.

Enfin en 1910, les signes du sommet semblent s'atténuer beau-coup : en juin la respiration est normale sauf quelques froissements au sommet droit.

Toutefois la température est toujours instable puisque pendant une série de 18 jours en janvier, on a noté 3 fois 37,6 et 2 fois 37,8 le soir, ces deux derniers chiffres pouvant s'expliquer d'ailleurs, l'un par une émotion vive, l'autre par une activité physique peut-être excessive.

! Pour être plus chargée de faits que l'observation précédente, celle-ci n'en laisse pas moins l'esprit dans l'incertitude au sujet de la fièvre de 1903-1904.

Peut-on incriminer la tuberculose ?

En vérité, les symptômes de cette affection, apparus en 1908, seraient un peu de nature à faire naître un soupçon à ce sujet.

Pourtant il faut remarquer que rien à l'époque dont nous nous occupons, et jusqu'en 1908, n'aurait pu autoriser pareille hypothèse ; jusqu'à 14 ans, notre enfant était une nerveuse, ayant une tendance à la dyspepsie, mais au total se développant très normalement et n'ayant jamais présenté des signes mêmes douteux à l'auscultation.

D'autre part, les 5 ans qui séparent le début de la fièvre au début de la tuberculose sont une période trop longue pour qu'on puisse établir une relation de causalité entre ces deux faits.

Si l'on n'admet pas la tuberculose, et rien ne permet

de l'admettre, nous venons de le voir, quelles causes peut-on invoquer ? la dyspepsie ? une adénoïdite ?

Il est certain que des troubles de ce genre, légers il est vrai, ont existé à différentes reprises. Mais ils ont existé aussi bien avant 1903 et après 1904 que pendant la période fébrile et l'on s'explique mal qu'ils aient brusquement commencé, à une date déterminée, puis cessé, d'être producteurs de fièvre.

Donc, ni la tuberculose, ni l'entérite, ni la rhino-pharyngite ne sont des explications qui puissent nous satisfaire entièrement chez l'un ou l'autre de ces enfants.

L'explication, tout au moins partielle, de ces faits nous paraît devoir être cherchée dans l'état nerveux particulier du sujet et dans l'action de la maladie infectieuse initiale.

En examinant attentivement l'histoire des enfants que nous présentons, on voit que tous deux sont des prédisposés aux réactions nerveuses excessives.

Le premier est issu d'un père névropathe, arthritique, famille d'Israélites ; lui-même est un arthritique sujet aux fréquentes manifestations cutanées : urticaire, eczéma ; de plus, c'est un habitué des températures assez instables puisque en pleine période de santé, en en 1905 sans cause apparente, on observe chez lui les chiffres vespéraux de 37°6, 37°7 de temps à autre.

La deuxième enfant, issue également de souche arthritique, est une névropathe avérée, chez laquelle on note fréquemment de l'agitation, de l'insomnie, des cauchemars, et de véritables crises phobiques caracté-

risées. Son système thermo-régulateur est habituellement très susceptible puisque une purgation à l'huile de ricin est capable de produire des températures de 40°, de 38°5 et qu'une émotion en 1910 est suivie d'une ascension à 37°8.

Cet état spécial du système nerveux et en particulier de l'appareil thermo-régulateur nous paraît mériter la plus grande attention pour l'explication des faits que nous signalons.

Il joue certainement un rôle de condition prédisposante des plus important. Toutefois il paraît inapte à créer de toute pièce un état fébrile permanent.

Il faut évidemment, pour que ce dernier état se développe, une cause efficace capable de mettre en action le centre thermique.

Ce rôle, dans le cas qui nous occupe, nous paraît revenir à la maladie infectieuse qui, chronologiquement, marque d'une façon manifeste le début des accidents.

Il semble que chez ces enfants, le centre thermo-régulateur, organisé pour pourvoir d'une façon satisfaisante aux exigences modérées d'une vie normale, se soit trouvé désarmé par la tâche excessive imposée par une maladie infectieuse grave, et que, cette infection écartée, il reste encore déséquilibré et ait besoin d'un temps plus ou moins long pour recouvrer sa stabilité.

S'agit-il d'ailleurs, véritablement, d'un semblable de règlement thermique ? Ou plutôt, la fièvre ne résulte-t-elle pas d'un surcroît d'intoxication en rapport avec

l'état de débilitation dans lequel ces affections à convalescence prolongée laissent tous les organes ?

Il est probable que l'une et l'autre condition doivent exister, s'unissant dans une action réciproque pour produire la fièvre.

On peut discuter sur la question de mécanisme qui reste du domaine de l'hypothèse. Mais quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ces phénomènes, l'infection initiale apparaît bien comme jouant un rôle actif dans la production des états fébriles du type particulier que nous signalons, et justifie le nom de fièvres post-infectieuses que nous leur appliquons.

Ces faits, d'ailleurs, ne doivent pas être exceptionnels car nous en trouvons d'assez nombreux exemples :

La petite Béatrice (obs. III) eut une fièvre prolongée déclenchée par une scarlatine, après plus de 3 ans d'apyrexie.

Nous pourrions rapporter encore l'histoire d'une enfant de 8 ans, de souche neuro-arthritique, elle même cholémique et dyspeptique, névropathe, chez laquelle un état subfébrile s'installa à la suite d'une scarlatine, persista un mois et demi, puis disparut. Cette enfant a maintenant 12 ans et n'a jamais, à aucun moment de sa vie, présenté de signes de tuberculose.

Dans le travail de Morse, nous trouvons l'histoire d'une fillette de 2 ans, qui à la suite d'un rhume qui dura une semaine, vit sa température persister pendant 11 mois entre 37°8 et 39°4, puis regagna l'apyrexie, sans qu'à aucun moment l'examen eût révélé un trouble

quelconque local ou général. Deux ans après, c'était une enfant exceptionnellement grande et vigoureuse.

Ces faits nous paraissent donc s'expliquer assez naturellement par l'intervention sur un terrain prédisposé d'une infection laissant après elle une instabilité plus grande du centre thermique et des causes d'intoxication accrues. Et nous ne voyons pas la nécessité d'invoquer l'existence hypothétique d'une tuberculose, qui dans les exemples que nous avons donnés, ne s'est jamais manifestée où n'est apparue (un seul cas sur cinq) que longtemps après.

Une semblable conclusion n'est évidemment pas applicable aux cas, que nombre de médecins d'enfants ont observés, où la fièvre, symptôme isolé au milieu d'un état général bien conservé, apparaît non plus à la suite d'une maladie infectieuse, mais insidieusement, et évolue de même.

Dans nos observations nous n'avons point trouvé de cas de ce genre et nous ne pouvons par conséquent émettre une opinion personnelle sur ce sujet.

Nous nous contenterons donc de rappeler les différentes opinions qui ont été soutenues par les auteurs qui les ont observées.

M. Comby dans nombre de cas a trouvé à la fièvre une allure paroxystique. Pour lui ces cas doivent être considérés comme une manifestation de l'arthritisme. L'accès de fièvre est comparable à un accès de goutte par exemple, et la clef du diagnostic est dans l'étude des antécédents héréditaires ou personnels.

Pour M. Marfan, c'est la tuberculose qui est, pratiquement toujours, la cause cachée des états fébriles prolongés inexplicables. Cette tuberculose a comme témoin, la réaction à la tuberculine que M. Marfan a toujours trouvé positive dans ces cas.

Les autres avouent leur impuissance à résoudre le problème d'une façon formelle. Ils pensent que la tuberculose n'est pas toujours en cause puisque ces états fébriles ont le plus souvent une terminaison favorable, ils concluent en rapportant ces faits tantôt à une auto-intoxication digestive, tantôt à une adénoïdite chronique [Jacobson] ou à un trouble mal connu de métabolisme [Morse].

La plupart des auteurs pensent que, en tout cas, il ne saurait y avoir place en ces phénomènes pour l'hystérie. Quelques-uns cependant paraissent admettre sa possibilité, et Filatow donne une description de la fièvre nerveuse ou fièvre hystérique. D'après lui, la marche des plus capricieuse de la température, la coexistence d'autres manifestations hystériques, la bonne conservation de l'état général, les caractères normaux de l'urine, et l'absence de toute affection organique appréciable, constitueraient les éléments principaux de ce diagnostic.

Mais Filatow lui-même recommande de ne s'arrêter à la conclusion de fièvre hystérique qu'après une longue observation et d'ailleurs, la seule observation personnelle qu'il rapporte à l'appui de sa description est

fortement sujette à caution, ainsi que le reconnaît son auteur lui-même.

Voici cette observation résumée :

Observation XIV

(N. FILATOW) in *Sémeiologie et diagnostic
des maladies de l'enfance*

Z. N. fille de 14 ans. Constitution moyenne, un peu pâle, d'humeur triste, taciturne. Pas encore réglée.

L'appétit est bon, pas de nausées ni de vomissements, mais diarrhée nocturne (2 à 3 selles liquides chaque nuit) accompagnée de coliques. Pas de parasites ni d'œufs de parasites dans les selles.

Urines normales.

Hyperesthésie cutanée abdominale et lombaire, assez variable d'un jour à l'autre, parfois unilatérale.

De temps à autre céphalalgie. Sommeil bon.

Pendant les 7 mois que l'enfant fut observée elle présentait continuellement de la fièvre ; température oscillant entre 38 et 39.5 le soir ; remission matinale : 36 à 37. Cette fièvre persista sans amélioration et l'enfant sortit de la clinique non guérie.

Le poids augmentait régulièrement.

« On aurait pu croire, conclut Filatow, qu'il s'agit-
« sait chez cette malade d'une fièvre d'ordre hystéri-
« que. Cependant d'après les renseignements que j'ai

« recueilli sur elle ultérieurement, elle serait morte 18
« mois après sa sortie. La cause de sa mort est restée
« inexpliquée ».

Cette conclusion nous paraît très instructive, car elle montre combien il faut être prudent lorsqu'il s'agit de prévoir l'avenir des enfants porteurs de ces fièvres obscures.

Néanmoins, on peut retenir de l'ensemble de cette étude, que si la véritable cause de la fièvre est le plus souvent impossible à déterminer dans ces cas ; il est permis, tout en entourant son pronostic des réserves que commande une grande part d'inconnu, de prévoir pour une échéance plus ou moins prochaine la chute de la fièvre et un retour probablement définitif de l'enfant aux conditions normales.

Diagnostic

Il résulte de ce que nous avons dit dans les pages précédentes que l'on peut se trouver aux prises avec les plus grandes difficultés pour dépister l'origine de ces fièvres obscures, et que dans bien des cas le diagnostic ne pourra avoir qu'un caractère provisoire dont la confirmation restera subordonnée aux résultats d'une observation prolongée.

Comment peut-on arriver à se faire une opinion ? Tout d'abord, il importe de bien préciser depuis combien de temps s'est installée la fièvre, car la question se pose différemment suivant que la fièvre a un caractère nettement chronique ou passager.

La distinction entre ces deux catégories ne peut évidemment reposer que sur une évaluation arbitraire. Pratiquement, nous dirons qu'une fièvre peut être qualifiée de chronique lorsqu'elle dure depuis 4 ou 5 se-

maines sans tendance marquée à la défervescence, et sans phénomènes inflammatoires nets.

Cette distinction a son importance, car pendant les premières semaines, en l'absence de symptômes de localisation le champ des hypothèses est infiniment plus vaste qu'il ne le sera plus tard.

On trouvera dans les articles de Filatow et de Morse la liste des affections qui sont susceptibles d'évoluer d'une façon latente chez l'enfant.

Parmi celles qu'ils considèrent comme le plus fréquemment en cause, citons : l'endocardite, la fièvre typhoïde, les adénites non tuberculeuses périphériques ou internes, les pyélonéphrites, l'appendicite, la pleurésie, la grippe.

Mais pour toutes ces affections, la question se juge au bout de quelques semaines au plus.

Si la fièvre persiste plus longtemps, l'hypothèse de la tuberculose, quelquefois du paludisme, vient hanter l'esprit du médecin. Nous pensons avoir démontré cependant que c'est là un diagnostic auquel il convient au moins de surseoir ; et nous voudrions maintenant étudier sur quelles bases on pourra fonder une conclusion sinon certaine du moins la plus probable.

Passons rapidement sur les fièvres d'origine rhinopharyngée. Si l'enfant a déjà été opéré de végétations adénoïdes, s'il ronfle en dormant, s'il s'enrhume facilement, en un mot si à un moment quelconque de son existence il a présenté des troubles pathologiques du côté du rhino-pharynx, ces troubles locaux paraissent-ils

guéris depuis longtemps, la fièvre prolongée inexplicable est une indication formelle à un nouvel examen du cavum et, même en l'absence des constatations positives actuelles, à un nouveau curettage de cette cavité. Le résultat d'une opération bien faite jugera nettement la cause des accidents.

Assez souvent, nous l'avons vu, les fièvres digestives ou nerveuses, revêtent un type intermittent assez régulier. Qu'à cette constatation vienne se joindre un peu d'anémie et la découverte dans l'anamnèse, d'un séjour même temporaire dans une contrée suspecte, on en vient naturellement et non sans apparence de raison, à incriminer le paludisme.

Cependant, si l'hématosoaire n'est pas réellement en cause on peut remarquer que, pendant le séjour dans la contrée suspecte, l'enfant a pu ne pas présenter d'accidents fébriles, que l'intermittence des accès fébriles est réglée sur l'horaire des repas, que la médication quinique est sans action aussi bien sur la fièvre que sur les autres accidents qui peuvent survenir, comme la diarrhée, que cette diarrhée elle-même ne survient pas par crises régulièrement périodiques comme la diarrhée palustre, que la rate enfin n'est pas grosse. Puis l'examen du sang vient lever tous les doutes en montrant l'absence de parasites.

En somme, le paludisme, pour peu que l'on s'attache à la recherche de ses caractères, est relativement facile à éliminer dans la plupart des cas.

Il n'en est pas toujours de même pour la tuberculose,

et c'est là en vérité le point délicat de la question.

Dans le chapitre précédent, nous nous sommes attaché à mettre en évidence quelques caractères qui paraissent propres à la tuberculose ganglionnaire latente et qui peuvent devenir de bons éléments de diagnostic vis-à-vis surtout des fièvres digestives.

On fera donc l'analyse minutieuse de la courbe thermique au repos et de la courbe modifiée par un effort physique (réaction de promenade), courbes obtenues par des prises fréquentes de la température et en série d'une dizaine de jours environ ; on analysera également la courbe d'accroissement pondéral.

Découvre-t-on ainsi une courbe thermique régulière au repos, présentant des maximas et des minims comparables d'un jour à l'autre quant au chiffre atteint, et à l'heure de leur production ; la réaction de promenade est-elle irrégulière pour un même effort ; la courbe du poids présente-elle un ensemble régulier, trouve-t-on de plus de la tachycardie permanente, de l'hypotension artérielle, des antécédents ou des commémoratifs suspects, une cuti-réaction à la tuberculine positive ? le diagnostic de tuberculose est alors probable.

Mais au contraire, constate-t-on une courbe thermique irrégulière, présentant des oscillations inégales en hauteur comme en durée, une courbe du poids hachée d'alternatives d'accroissement et de chute, une tachycardie nulle ou survenant seulement par accès et de préférence pendant le travail digestif, une cutiréaction négative, des troubles dyspeptiques plus ou moins ac-

centués ? L'origine digestive de la fièvre est alors vraisemblable.

Il faut s'efforcer alors de mettre en évidence l'auto-intoxication en s'aidant de quelques procédés.

Nous savons que l'intoxication n'est point en rapport constant avec la putréfaction intestinale, l'analyse chimique et bactériologique des fèces ne peut donc donner lieu à aucune conclusion rigoureuse, cependant la constatation de la putréfaction intestinale n'en constitue pas moins un signe de probabilité en faveur de l'intoxication.

Mais il est possible de mesurer assez rigoureusement cette intoxication par l'analyse des urines.

C'est le rein en effet qui élimine la plupart des produits toxiques d'origine intestinale et en particulier les sulfo-éthers et les substances aromatiques : indols, phénols, scatols. Le dosage de ces produits, confié au chimiste, mettra en évidence la réalité ou l'absence de l'intoxication.

Enfin la recherche de la valeur fonctionnelle du foie (dosage de l'urée, recherche de l'urobilinurie, de la glycosurie alimentaire, de l'élimination du bleu de méthylène) pourra montrer l'insuffisance de cet organe et faire conclure à la persistance dans l'économie des produits toxiques qu'il doit normalement détruire.

C'est grâce à cette série de recherches qu'on pourra arriver dans les cas difficiles à un diagnostic reposant sur des bases suffisantes.

Heureusement, dans bon nombre de cas, ces recherches compliquées seront rendues inutiles grâce à l'action favorable du traitement d'essai : une désinfection bien conduite, un régime approprié, suffiront bien souvent à faire disparaître des fièvres qui dureraient déjà depuis longtemps.

L'efficacité du traitement apparaît ainsi comme le critérium le plus certain de la nature tuberculeuse ou digestive de la fièvre.

Est-ce à dire que dans des cas où le traitement reste inefficace malgré des essais multipliés, il faille en arriver fatalement au diagnostic désespérant de tuberculose.

Certainement non. Dans nos observations, nous trouvons plusieurs enfants chez lesquels, le diagnostic de fièvre digestive paraissant fondé, le régime restait pourtant longtemps sans effet appréciable sur la fièvre. Or ces enfants ont continué à être suivis et nous voyons que plusieurs années après, la tuberculose n'a évolué en aucun point de leur organisme.

Restent les cas tout à fait obscurs dans lesquels aucun trouble apparent, de quelque organe que ce soit, ne semble pouvoir être incriminé.

Ces cas resteront pendant longtemps soumis à l'incertitude. Sans doute une recherche négative des signes de probabilité de la tuberculose, l'existence d'une hérédité névropathique, arthritique, une tendance reconnue de l'enfant à la névropathie et à l'instabilité thermique pour ces causes minimes, l'existence au début de

l'état subfébrile d'une maladie infectieuse, feront penser que la tuberculose n'est pas en cause. .

Néanmoins, la plus grande réserve sur l'avenir de ces enfants est alors la conduite la plus prudente ; le temps seul donnera une réponse définitive au problème ainsi posé.

Pronostic

En présence d'un enfant présentant une température chroniquement trop élevée, sans cause manifeste, quelles prévisions convient-il de formuler ?

La réponse à cette question ne saurait être simple, et le pronostic variera suivant les cas.

Mais d'abord il importe d'être bien convaincu que ce pronostic ne doit pas être d'emblée systématiquement pessimiste. La vérité est que la fièvre dans ces cas ne comporte par elle-même aucune signification pronostique, et que l'on ne peut tirer, ni de son ancienneté, ni de son degré d'élévation, aucune conclusion dans ce sens.

Tout dépend de la cause qui apparaîtra plus ou moins nettement par l'observation.

Si les recherches aboutissent à la conviction que la tuberculose n'existe pas, on aura le droit assurément de prévoir la guérison et la chute de la fièvre lors de la guérison de l'affection causale. Cependant cette conclusion ne doit pas aller sans quelques réserves puisque

nous avons vu que la tuberculose pouvait se greffer sur un terrain débilité par une enterocolite fébrile ancienne.

Fâcheux, si la tuberculose paraît en cause, le pronostic cependant laissera quelque place à un espoir de guérison car ces tuberculoses latentes, soumises dès leur début à un traitement rationnel, sont dans les meilleures conditions pour être arrêtées définitivement dans leur évolution.

Donc dans la plupart des cas, le pronostic subordonné aux hésitations d'un diagnostic délicat, restera longtemps indécis. Dans l'ensemble, il convient d'être plutôt optimiste puisque la grande majorité des enfants dont nous avons rapporté l'histoire ont fini par guérir et se développer normalement.

Traitement

Nous n'avons pas à insister sur les détails du traitement à mettre en œuvre pour lutter contre ces états fébriles.

Donnons seulement quelques indications générales.

Dans les fièvres digestives, il faut s'attacher à bien préciser les causes des accidents.

On éliminera du régime les aliments qui paraîtraient en butte à une intolérance spéciale. On cherchera à fortifier par l'hygiène, le massage, l'électricité, les intestins atones ; on luttera contre la putréfaction intestinale par un régime approprié, la désinfection et l'évacuation régulière de l'intestin. Et si le diagnostic de fièvre digestive paraît établi sur des bases suffisantes, on prolongera les efforts thérapeutiques aussi longtemps que la guérison ne sera pas obtenue.

Les fièvres d'origine rhino-pharyngée, sont justiciables de l'opération : curettage du cavum, amygdalotomie.

Restent les cas dans lesquels le diagnostic reste douteux.

Dans ceux-ci il est assurément de mise de faire des tentatives variées qui, par les résultats thérapeutiques qu'elles pourront avoir, auront l'avantage de préciser en outre un diagnostic hésitant.

On essaiera donc, si on se croit autorisé à le faire, une thérapeutique digestive, mais dans ces cas, il conviendra d'être excessivement prudent. En cas d'insuccès persistant, on ne poursuivra pas trop longtemps de pareilles tentatives, car un régime trop sévère continué trop longtemps pourrait avoir les plus fâcheux résultats, si on se trouvait avoir affaire à un enfant en puissance de tuberculose.

L'hygiène générale, la vie au grand air, sont les seuls traitements applicables à tous les cas.

CONCLUSIONS

I. — Les états subfébriles prolongés observés dans l'enfance ne relèvent pas toujours de la tuberculose.

II. — Outre la tuberculose, un certain nombre d'états pathologiques chroniques sont capables de les produire, notamment :

1° La dyspepsie avec entéro-colite chronique et auto-intoxication.

2° L'inflammation chronique des amygdales et du tissu adénoïde du rhino-pharynx.

III. — Souvent ces états fébriles ne sont ni accompagnés, ni suivis à aucun moment de trouble général ou local capable d'en éclaircir la nature.

Ces cas paraissent relever d'un dérèglement thermique, imputable peut-être à l'état nerveux habituel du sujet et à l'ébranlement produit par une maladie infectieuse grave [scarlatine, grippe, fièvre typhoïde] qui marque souvent le début de la fièvre.

IV. — Il est parfois très difficile de faire la part qui revient ou non à la tuberculose dans ces états subfébriles. En tous cas, on ne peut tirer de l'étude de la fièvre aucun renseignement certain sur ce sujet.

En l'absence de signes de certitude fournis par l'ex-

ploration du thorax, on peut accorder une valeur relative aux remarques suivantes :

1^o La *courbe thermique* tracée d'après des prises de température faites *toutes les 2 ou 3 heures*, pendant une *série d'au moins 10 jours* et chez l'enfant *au repos* est d'ordinaire beaucoup plus régulière dans la fièvre tuberculeuse que dans la fièvre digestive.

2^o La *courbe du poids* de l'enfant suit une marche beaucoup irrégulière dans les fièvres digestives que dans les fièvres tuberculeuses.

3^o La *tachycardie* est continuelle chez le tuberculeux, elle est paroxystique et réglée sur l'heure des digestions chez l'enfant soumis à l'auto-intoxication digestive.

4^o L'épreuve de la *réaction à la tuberculine*, si elle est négative, implique que la tuberculose n'est pas en cause. Par contre, si elle est positive, la conclusion inverse n'est pas rigoureuse.

V. — Les états subfébriles prolongés ne comportent par eux-mêmes aucune signification pronostique. Dans la majorité des cas l'enfant finit par se développer normalement.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Vu : Le Président de Thèse.

MARFAN.

Vu : Le Doyen.

LANDOUZY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARBIER : La Fièvre dans la Tuberculose. *Société médicale des hôpitaux*, 1899 et 1902.
- CAUSSADE : Fièvre à type intermittent observé chez deux petites filles. *Société médicale des hôpitaux*, 1904.
- CHARRIN : *Journal de Chimie*, 1889.
- COMBE : Anto-intoxication intestinale (Baillière, éditeur).
- COMBY : Fièvre arthritique. *Arch. méd. enf.*, 1902.
- La Fièvre de Digestion. *Arch. méd. enf.* 1906.
- *Bulletin médical*. 1898.
- DAREMBERG : Tuberculose pulmonaire (Masson, éditeur).
- DAREMBERG et CHUQUET : Congrès médical de Lille et *Revue de Médecine*. 1899.
- DAVY. : *The Lancet*. 1904.
- FAISANS : De la Tachycardie chez les tuberculeux. *Semaine médicale*. 1898.
- N. FILATOW : *Medizins koie Obozy*. 1901.
- Diagnostic et Sémeiologie des maladies de l'enfance. Trad. par Edm. Perrier.
- GRASSET : *Gazette des Hôpitaux*. 1896.
- L. GUINON : Article Tuberculose, in *Pratique des maladies des Enfants*.
- Article Fièvre, in *Traité de Pathol. Génér.* de Bouchard.

- JACOBSON : Sur quelques états subfebriles prolongés. *Société de Pédiatrie*. 1908.
- KERLEY : Observations of température in children. *Pediatrics* N.-Y. 1907.
- MERY, GUILLEMOT et GENEVBRIER. Article *Colite muco membraneuse* in. *Prat. des mal. des Enfants*.
- MORICHAU-BEAUCHAMP : Fièvre prolongée avec adenite cervicale et infection pharyngée légère chez les enfants. *Péd. Prat.* Lille 1908.
- J.-L. MORSE : Obscure Fever in infancy and early childhood, *Boston med. and Surg. Journ.* 1908.
- NOBÉCOURT et MERKLEN : Variations de la température chez l'enfant sain et au début de la tuberculose. *Bul. Méd.* 1910.
- PENZOLT : Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten. Léna. 1895.
- » Münch. méd. Wochenschrift. 1903.
- PENZOLT und BIRGELEN : Münch méd. Wochenschrift. 1903.
- SCHAPS : Berlin. Klinik. Wochenschrift. 1907.
- E. SMITH : Food Fever in Children. *Brit. méd. jour.* 1906.
- TUGENDREICH : Arch. f. Kinderheilt 1906.

